

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Ekonomické a finanční aspekty dlouhodobé péče

Economical and financial aspects of long-term care

Bc. Michaela Behenská

Plzeň 2017

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta ekonomická

Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela BEHENSKÁ**

Osobní číslo: **K15N0045P**

Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**

Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**

Název tématu: **Ekonomické a finanční aspekty dlouhodobé péče**

Zadávací katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Charakterizujte dlouhodobou péči a její základní aspekty.
2. Analyzujte organizaci a financování dlouhodobé péče na příkladu vybraných zemích.
3. Proveďte komparaci organizace a financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích.
4. Shrňte řešenou problematiku a podložte konkrétními daty.

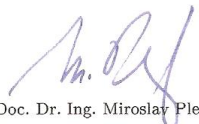
Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah kvalifikační práce: **60 - 80 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

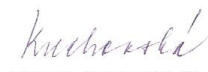
- **HOLMEROVÁ, Iva a kol.** *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0
- **PRŮŠA, Ladislav.** *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče.* 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011. 60 s. ISBN 978-80-7416-097-4
- *Long-term Care.* OECD [online]. 2016. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Pavlína Hejduková, Ph.D.**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **21. října 2016**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2017**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Ing. Michaela Krechovská, Ph.D.
vedoucí katedry

V Plzni dne 21. října 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

„Ekonomické a finanční aspekty dlouhodobé péče“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne

.....

podpis autora

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za její věcné rady a připomínky, které mi poskytovala v průběhu zpracovávání diplomové práce.

Obsah

Čestné prohlášení	4
Poděkování.....	5
Úvod.....	7
Metodika a postup práce	8
1. Dlouhodobá péče a její aspekty	9
1.1. Pojem dlouhodobá péče	9
1.2. Demografická situace	12
1.3. Druhy dlouhodobé péče	17
1.4. Poskytovatelé dlouhodobé péče	24
1.5. Financování dlouhodobé péče.....	27
1.6. Kvalita dlouhodobé péče.....	28
2. Dlouhodobá péče v České republice	31
2.1. Právní aspekty dlouhodobé péče	31
2.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče	34
2.3. Financování dlouhodobé péče.....	37
2.4. Shrnutí	42
3. Dlouhodobá péče v Rakousku	43
3.1. Právní aspekty dlouhodobé péče	44
3.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče	45
3.3. Financování dlouhodobé péče.....	48
3.4. Shrnutí	53
4. Dlouhodobá péče v Dánsku.....	54
4.1. Právní aspekty dlouhodobé péče.....	54
4.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče	55

4.3.	Financování dlouhodobé péče.....	57
4.4.	Shrnutí	61
5.	Komparace vybraných zemí	62
5.1.	Právní aspekty dlouhodobé péče	62
5.2.	Poskytovatelé dlouhodobé péče	63
5.3.	Financování dlouhodobé péče.....	67
6.	Shrnutí	72
	Závěr	74
	Seznam tabulek	76
	Seznam obrázků.....	77
	Seznam použitých zkratk	78
	Seznam použité literatury	79

Úvod

Diplomová práce se zabývá tématem „Ekonomické a finanční aspekty dlouhodobé péče“. Jedná se o velmi aktuální téma, jelikož stárnutí obyvatelstva a dožívání se vyššího věku je podstatné vzhledem k finanční udržitelnosti důchodového systému. Cílem této práce je charakterizovat pojem dlouhodobá péče a její základní aspekty, **analyzovat financování a organizaci dlouhodobé péče ve vybraných zemích, provést komparaci v rámci těchto zemí** a na závěr shrnout řešenou problematiku.

Práce je rozčleněna do čtyř částí. V první části je popsán pojem dlouhodobé péče a demografická situace v oblasti problematiky dlouhodobé péče. Dále jsou charakterizovány druhy dlouhodobé péče, kde hlavní rozdělení tvoří formální a neformální péče. Podle metodického manuálu OECD lze dále dlouhodobou péči rozčlenit na dlouhodobou zdravotní péči, která se skládá z lůžkové dlouhodobé péče, denní dlouhodobé péče, ambulantní dlouhodobé péče, domácí dlouhodobé péče a na dlouhodobou sociální péči, která zahrnuje věcnou dlouhodobou sociální péči a peněžní dávky dlouhodobé sociální péče. V dalším textu budou představeni poskytovatelé péče, kteří tvoří dvě velké skupiny – rodinní příslušníci a placení pečovatelé. Poslední dvě podkapitoly bude tvořit financování dlouhodobé péče a kvalita jak v institucích, tak v domácí péči.

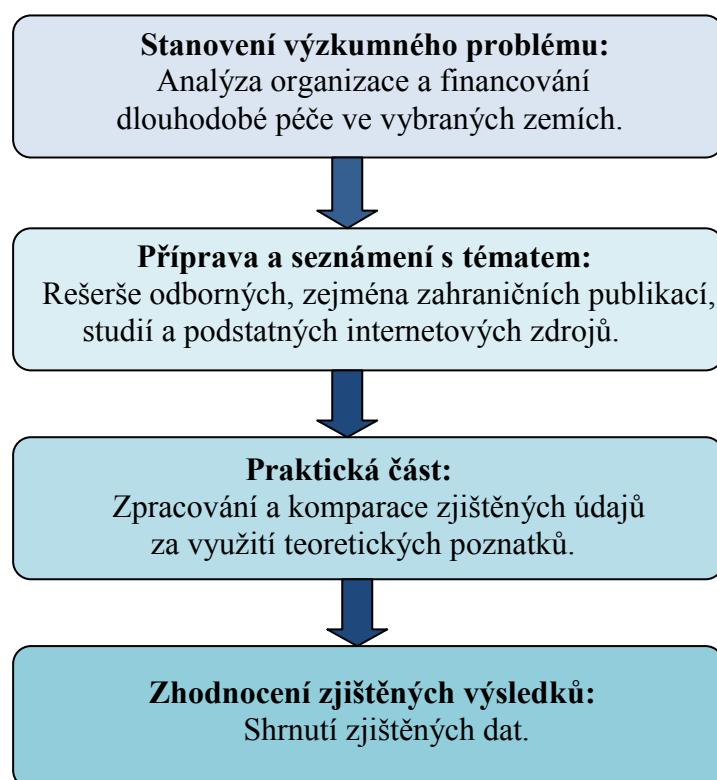
Druhou část práce tvoří představení dlouhodobé péče v České republice, Rakousku a Dánsku. Systém dlouhodobé péče v těchto zemích bude definován z hlediska právních aspektů, poskytovatelů dlouhodobé péče a financování dlouhodobé péče. Třetí část zahrnuje komparaci všech tří zemí, jejich legislativu, poskytovatele a financování dlouhodobé péče. V poslední části textu budou všechny zjištěné poznatky shrnuty.

Metodika a postup práce

Diplomová práce je zpracována na základě relevantních odborných publikací a internetových zdrojů. Práce vychází zejména ze zahraničních zdrojů, a to převážně anglických, popřípadě německých. Dále je pracováno s českou literaturou. Zjištěné poznatky vycházejí z dostupných zdrojů, z toho důvodu jsou některé oblasti obsáhlejší než jiné. Také aktuální statistické údaje z oblasti dlouhodobé péče nejsou příliš dostupné, proto tato práce operuje pouze s údaji do roku 2013.

Postup práce se odvíjí od stanovených cílů, které jsou uvedeny výše. Teoretická část práce obsahuje rešerši z knižních zdrojů, publikací a internetových zdrojů. Jedná se především o materiály OECD. Praktická část se zabývá analýzou konkrétních zemí v rámci dlouhodobé péče a jejím financováním a organizací. Následuje komparace zjištěných údajů a poslední část práce shrnuje zjištěných poznatků. Seznam tabulek, obrázků, pojmů a použitých zdrojů lze nalézt na konci této práce.

Obrázek 1: Schéma postupu práce



Zdroj: Vlastní zpracování, 2017

1. Dlouhodobá péče a její aspekty

V současné době je vhodné zabírat se problémem dlouhodobé péče, poněvadž systém sociálně-zdravotních služeb nemá jednotnou koncepci. V důsledku stárnutí populace se bude čím dál více zvyšovat potřeba dlouhodobé péče především v rozvinutých zemích. Postoj k těmto nemocným odráží kulturu dané společnosti a její hodnoty. V České republice není však této problematice zatím věnována dostatečná pozornost, které je bezesporu potřeba. [3]

V této kapitole bude přiblížen pojem dlouhodobá péče a demografická situace, dále se tato část bude věnovat druhům a poskytovatelům dlouhodobé péče a v neposlední řadě se zaměří na financování a kvalitu dlouhodobé péče.

1.1. Pojem dlouhodobá péče

Pojem dlouhodobá péče neboli Long-term care (LTC) je v dnešní době velmi důležitým a také velice diskutovaným tématem.

Dlouhodobá péče je definována jako rozsah služeb a pomoci lidem, kteří v důsledku duševní či fyzické slabosti nebo zdravotního postižení po delší dobu závisí na pomoci druhých při každodenních činnostech nebo potřebují trvalou ošetrovatelskou péči. [18]

Dlouhodobá péče je součástí každodenního chodu domácností a její hodnotu je potřeba posuzovat jak z hlediska vlastní péče, tak i všech členů domácnosti. Potřebu dlouhodobé péče zvyšuje fakt, že lidé s chronickými nemocemi se v dnešní době dožívají delšího věku, dále roste množství lidí, kteří zdolali taková onemocnění, která by byla v minulosti smrtelná. Tyto situace nastávají zejména z důvodu pokroků v moderní medicíně, snižuje se míra a stav komplikací a u chronických onemocnění se odkládají jejich následky o mnoho let. Další důležitou skupinou v rámci dlouhodobé péče jsou osoby s vážnými následky úrazů, chronickými duševními nemocemi, osoby s těžkou disabilitou (např. díky dětské mozkové obrně či vrozeným poškozením), dále lidé trpící závislostí a zdravotně postižení. [3], [4]

Dlouhodobá péče zahrnuje širokou škálu služeb a podpory pro lidi, kteří jsou závislí na dlouhodobé pomoci v jejich každodenním životě. Tato potřeba je obvykle výsledkem různých zdravotních problémů či postižení, a proto může mít vliv na lidi všech věkových kategorií. Avšak velká většina příjemců dlouhodobé péče jsou starší lidé. [18]

Denní činnosti, které vyžadují pomoc, jsou aktivity, jež musí člověk vykonávat každý den (ADL – Activities of Daily Living – například koupání, oblékání, stravování, uléhání a vstávání z postele nebo křesla, pohybování se, použití toalety, kontrola močového měchýře a funkce střev apod.), nebo mohou být ve vztahu k nezávislému životu – zásadní činnosti běžného života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living – například příprava jídel, hospodaření s penězi, nákup potravin nebo osobních věcí, provozování lehkých nebo těžkých domácích prací, používání telefonu). [18]

Přínosy dlouhodobé péče přímo souvisejí s osobami, které poskytují danou péči, službami, jež je doplňují, a se zainteresovaností osob, kterým je péče poskytována. V této oblasti může docházet k nahrazení ztráty soběstačnosti či ke znovuzapojení do společenského života apod. U chronických onemocnění jde zejména o snížení výskytu komplikací a zachování delšího období soběstačnosti. Ve všech těchto případech lze přínosy pro nemocné a jejich rodinu dobře hodnotit. [3], [19]

Lidé všech věkových kategorií se mohou stát závislí na dlouhodobé péči. Nicméně rizika této závislosti jsou u dětí, mládeže a dospělých v produktivním věku nízká ve srovnání s riziky u lidí, kteří se nacházejí na horním konci věkového spektra. Proto se musí věnovat zvláštní pozornost riziku závislosti lidí na dlouhodobé péči ve stáří. Ve stáří se lidé často stávají křehkými, mají větší sklon k nemoci, a z tohoto důvodu potřebují opakovanou jak zdravotní, tak i sociální péči. [18]

V zemích, kde dlouhodobá péče není dostatečně podporována systémem sociálního zabezpečení a je ponechána na příbuzných nebo náhodě, mohou vznikat následující problémy:

- Při hrazení nákladů na dlouhodobou péči dochází u jednotlivců a rodin ke snížení disponibilního příjmu. Například jen dvě hodiny péče každý den mohou stát více než penze mnoha lidí, zatímco ústavní péče může stát až několikanásobek průměrného důchodu.
- Rodinní pečovatelé, kteří se musí buď vzdát svého placeného zaměstnání, nebo ho alespoň omezit, mohou trpět závažnou ekonomickou zátěží a riskují tím upadnutí do chudoby.
- Z důvodu omezení pracovní doby nebo odchodu z práce u lidí poskytujících neformální péči může dojít k negativnímu dopadu na nabídku pracovních sil a ekonomiku.

- Kromě ztráty příjmů (současných i budoucích) mohou být pečující rodinní příslušníci vystaveni těžkému pracovnímu vytížení a sociální izolaci.
- U lidí, kteří využívají dlouhodobou péči a hradí ji ze svého příjmu nebo majetku, se může stát, že přijdou o všechn svůj majetek a jejich potomci mohou být v důsledku toho ochuzeni o případné dědictví.
- Spolehnutí se na péči poskytovanou příbuznými bez ohledu na jejich vhodnost, školení či motivaci může způsobovat ekonomickou neefektivnost. Jedná se např. o způsob přidělování lidí k pečovatelskému zaměstnání, poskytování zdravotní péče a zajištění standardů kvality.
- Nedostatečná nebo nekvalitní dlouhodobá péče může způsobit širokou škálu dalších problémů (např. horší kvalita života závislé osoby, další zdravotní problémy, bolesti, zneužívání či týrání, ztráta důstojnosti, autonomie apod.) [18]

Z hlediska nákladů lze hovořit o nákladech zdravotních pojišťoven (plátcí), poskytovatelů sociální péče, a především o nákladech daných domácností. Tyto náklady dále přímo souvisejí se ztrátou výdělku (jak nemocného, tak i osoby starající se o něj), dále se jedná o náklady potřebné na zabezpečení bezbariérového přístupu, bezpečnosti, dohledu nad nemocným, náklady na dietní stravování a na dopravu. [3]

Onemocnění a s ním související následná péče odebírá finanční prostředky nemocnému, a tím snižuje i jeho kupní sílu. Následná péče o nemocnou osobu snižuje pracovní výkon a případně i mzdu a dále může docházet k omezení či úplné ztrátě zaměstnání. [3]

Země EU si nastavily vlastní cíle, které chtějí v rámci poskytování dlouhodobé péče splnit. Zároveň se také dohodly na následujících třech společných cílech:

- Zaručení přísunu adekvátní zdravotní a dlouhodobé péče všem potřebným. Nutnost dlouhodobé péče nepovede k chudobě a finanční závislosti a budou řešeny nerovnosti v přístupu k péči a zdravotnickým výsledkům.
- Podpoření kvality zdravotní a dlouhodobé péče a přizpůsobení péče měnícím se potřebám a preferencím společnosti a jednotlivců. Vytvoření norem jakosti, které odrážejí nejlepší mezinárodní postupy a posílení odpovědnosti zdravotníků a pacientů.
- Zajištění vhodné a kvalitní zdravotní a dlouhodobé péče, která zůstane všeobecně cenově přístupná a udržitelná, a to prostřednictvím podpory zdravého a aktivního

životního stylu, dostatečných lidských zdrojů pro odvětví, racionálního využívání zdrojů, dobrého řízení a koordinace péče mezi systémy a institucemi poskytujícími péči. [18]

Je nutné také brát v potaz dva možné demografické faktory, které ohrožují dostatek dlouhodobých pečovatелů. Jedná se o pokles počtu osob v produktivním věku, kteří jsou potenciálně k dispozici, a o možné společenské změny, díky nimž nebudou schopni poskytovat domácí péči (stěhování, založení vlastní rodiny apod.). [19]

1.2. Demografická situace

V důsledku stárnutí obyvatelstva bude třeba stále více řešit problematiku dlouhodobé péče, a to především v rozvinutých zemích (včetně České republiky). To, jak se každá země postaví k tomuto tématu, vypovídá o jejích hodnotách a podle zaujatého stanoviska lze soudit o kultuře dané společnosti, neboť lidé potřebující dlouhodobou péči náleží k nejzranitelnějším lidem každé společnosti. Dále bude otázkou nejenom celkové stárnutí populace, ale zejména seniorů, jejichž věk je osmdesát let a vyšší (tzv. kategorie old old). [3]

Evropská unie čelí nebyvalým demografickým změnám. Evropané žijí déle a zdravěji, ačkoli zůstávají mezi různými sociálními skupinami, zeměmi i regiony velké mezery v oblasti zdraví. Průměrná délka života se zvyšuje v poměru 2-3 měsíce za každý rok, což je velmi pozitivní trend. Nicméně stárnoucí populace v kombinaci s nižší porodností, měnícími se rodinnými strukturami a migrací vytváří řadu výzev. [18]

Stárnutí populace je v mnoha ohledech demografický úspěch, a to díky změnám v plodnosti a úmrtnosti, které jsou spojeny s ekonomickým a sociálním rozvojem. Pokrok ve snížení dětské úmrtnosti, zlepšení přístupu ke vzdělání a k pracovním příležitostem, prosazování rovnosti žen a mužů, podpora reprodukčního zdraví a přístup k plánování rodiny, to vše přispělo ke snížení porodnosti. Kromě toho rozvoj v oblasti veřejného zdraví a lékařské technologie, spolu se zlepšením životních podmínek znamenají, že lidé žijí delší dobu a v mnoha případech i zdravěji než kdykoliv předtím, a to zejména příslušníci pokročilejších věkových kategorií. [24]

Podle zprávy "Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society" se zvyšuje podíl Evropanů, u kterých lze očekávat, že dosáhnou věku, v němž budou opakovaně vyžadovat jak lékařskou, tak sociální péči. U občanů EU ve věku

65 let lze očekávat, že po méně než polovinu svých zbývajících let nebudou ovlivněni podmínkami ztěžujícími jejich schopnost vést každodenní život či rizikem potřeby dlouhodobé péče stoupajícím strmě ve věku od 80 let. Dále podle údajů z World Population Prospects: the 2015 Revision (United Nations, 2015), počet starších osob ve věku 60 let a více se v posledních letech ve většině zemí a regionů výrazně zvýšil. Předpokládá se, že v nadcházejících desetiletích se tento růst bude nadále zrychlovat. [19], [24]

Se stárnutím velké části populace bude hlavní výzvou vyhovět potřebám rychle rostoucího počtu starších lidí, a to při zachování dostupných cen a vyvarování se ohrožení stability veřejných financí. Reakce na tyto výzvy rovněž nabízí jisté příležitosti. Uspokojování potřeb rostoucí populace starších lidí by mohlo vytvořit více pracovních míst v sektoru dlouhodobé péče a mnohem větší poptávku po široké škále zboží a služeb, které jsou určeny pro lidi staršího věku. [18]

Mezi roky 2015 a 2030 se ve světě odhaduje růst počtu lidí starších 60 let o 56 % (z 901 milionů na 1,4 miliardy) a do roku 2050 se očekává zvýšení světové populace starších osob více než dvojnásobně (k roku 2015) a dosáhne téměř 2,1 miliardy.

- Prognózy ukazují, že v roce 2050 dosáhne věková skupina 80 let a starší 434 milionů lidí, což znamená, že se jejich počet vzhledem k roku 2015 více než ztrojnásobí. V roce 2015 bylo lidí starších 80 let 125 milionů.
- Během následujících 15-ti let se očekává, že počet seniorů poroste nejrychleji v Latinské Americe a Karibiku s očekávaným zvýšením 71 % v rámci populace starší 60 let, následuje Asie (66 %), Afrika (64 %), Oceánie (47 %), Severní Amerika (41 %) a Evropa (23 %).
- Celosvětově během období 2010-2015 žily ženy v průměru o 4,5 roku déle než muži. Výsledkem je, že ženy tvoří 54 % světové populace ve věku 60 let a více a 61 % osob ve věku 80 let a více. V následujících letech by se průměrný věk dožití mužů měl zvyšovat, předpokládá se, že v roce 2050 se sníží podíl žen ve věku 80 let na 58 %.
- V rámci celého světa roste počet starších osob rychleji než množství lidí v kterékoli jiné věkové skupině. V důsledku toho se poměr starších osob v celkové populaci zvyšuje prakticky všude. Ačkoli stárnutí populace je celosvětový fenomén, tento

proces je v rozvinutějších oblastech pokročilejší než v regionech, kde se civilizace utvořila později a tudíž trvalo déle, než nastal pokles plodnosti. [24]

Společně tyto poklesy plodnosti a zvýšení dlouhověkosti způsobují značné posuny věkové struktury obyvatelstva, takže podíl dětí se zmenšuje, zatímco množství starších osob neustále roste. [24]

Stárnutí populace pravděpodobně ovlivní systém výdajů na zdravotní péči v rozvinutých i rozvojových zemích v nadcházejících desetiletích. Ve vyspělých zemích, kde akutní péče a institucionální služby dlouhodobé péče jsou široce dostupné, roste využití služeb lékařské péče spolu s věkem. Zároveň v rámci zdravotní péče jsou u starších lidí výdaje na obyvatele poměrně vysoké. [39]

Díky růstu počtu starších osob lze očekávat, že tento růst bude mít dalekosáhlé ekonomické, sociální a politické důsledky. V mnoha zemích počet starších osob roste rychleji než počet lidí v pracovních věkových kategoriích, což vede mnohé vlády ke zvážení zvýšení zákonné věkové kategorie odchodu do důchodu ve snaze prodlužovat pracovní sílu prostřednictvím účasti starších osob a zlepšit finanční udržitelnost důchodového systému. Současně stárnutí populace a nárůst počtu osob ve velmi pokročilém stáří vyvíjí tlak na systémy zdravotní péče, zvyšuje poptávku po péči, službách a technologiích k prevenci a léčbě nepřenosných nemocí a chronických stavů spojených se stářím. Státy mohou řešit tyto a jiné úkoly pomocí předvídání budoucích demografických posunů a aktivního přijímání politiky, aby se mohly přizpůsobit stárnoucí populaci. [24]

V následujících tabulkách je zobrazeno rozložení populace lidí starších 60 let a 80 let v rozmezí let 2010, 2015, 2030 a 2050 z pohledu regionů a příjmových skupin.

Tabulka 1: Rozložení populace lidí starších 60 let v rámci světa dle regionů v letech 2010 – 2050 (v milionech)

	Osoby starší 60 let			
	2010	2015	2030	2050
Afrika	42,4	64,4	105,4	220,3
Asie	319,5	508,0	844,5	1293,7
Evropa	147,3	176,5	217,2	242,0
Latinská Amerika a Karibik	42,7	70,9	121,0	200,0
Oceánie	4,1	6,5	9,6	13,2
Severní Amerika	51,0	74,6	104,8	122,7
Celkem	607,0	900,9	1402,5	2091,9

Zdroj: Vlastní zpracování dle [24], 2017

Tabulka 2: Rozložení populace lidí starších 80 let v rámci světa dle regionů v letech 2010 – 2050 (v milionech)

	Osoby starší 80 let			
	2010	2015	2030	2050
Afrika	3,0	5,7	9,3	22,2
Asie	30,9	60,0	103,7	255,7
Evropa	21,2	34,6	46,1	71,0
Latinská Amerika a Karibik	5,1	10,3	18,7	44,8
Oceánie	0,7	1,1	2,0	3,6
Severní Amerika	10,0	13,6	22,0	37,2
Celkem	70,9	125,3	201,8	434,5

Zdroj: Vlastní zpracování dle [24], 2017

Z tabulky 1 a 2 je zřejmé, že obě kategorie seniorů mají v průběhu let rostoucí tendenci. Nejvyšší zastoupení osob starších 60 let je v Asii a je tomu tak i u osob starších 80 let. V roce 2050 se zde počet lidí starších 60 let vzhledem k roku 2010 zčtyřnásobil. Dále za Asií následuje Evropa, Latinská Amerika a Afrika. Nejnižší počet starších lidí je v Oceánii.

Tabulka 3: Rozložení populace lidí starších 60 let v rámci světa dle příjmových skupin v letech 2010 – 2050 (v milionech)

	Osoby starší 60 let			
	2010	2015	2030	2050
Země s vysokými příjmy	230,8	309,7	408,9	483,1
Země s vyššími středními příjmy	195,2	320,2	544,9	800,6
Země s nižšími středními příjmy	159,7	237,5	393,9	692,5
Země s nízkými příjmy	21,2	33,2	54,0	114,8
Celkem	606,9	900,6	1401,7	2091,0

Zdroj: Vlastní zpracování dle [24], 2017

Tabulka 4: Rozložení populace lidí starších 80 let v rámci světa dle příjmových skupin v letech 2010 – 2050 (v milionech)

	Osoby starší 80 let			
	2010	2015	2030	2050
Země s vysokými příjmy	37,0	60,9	90,9	145,4
Země s vyššími středními příjmy	19,0	37,2	66,6	182,5
Země s nižšími středními příjmy	13,5	24,4	39,3	94,8
Země s nízkými příjmy	1,5	2,7	4,9	11,3
Celkem	71,0	125,2	201,7	434,0

Zdroj: Vlastní zpracování dle [24], 2017

Tabulky č. 3 a 4 zobrazují rozložení lidí starších 60 a 80 let v rámci příjmových skupin. Z údajů je zřejmé, že v roce 2010 převládá počet lidí starších 60 let v zemích s vysokými příjmy, ale již v roce 2015 se situace obrací a trvá až do roku 2050, kdy nejvyšší zastoupení starších lidí mají země s vyššími středními příjmy. Nejméně starších osob je v zemích s nízkými příjmy.

Lidé starší 80 let jsou v letech 2010 – 2030 nejvíce zastoupeni v zemích s vysokými příjmy, v roce 2050 však bude největší počet těchto osob v zemích s vyššími středními příjmy.

1.3. Druhy dlouhodobé péče

Způsob, jakým je dlouhodobá péče řešena v členských státech se značně liší, a to zejména z pohledu **formální** a **neformální péče**. Velká rozmanitost je sledována ve způsobu, jímž je **formální péče** organizována (například veřejnost, ziskové nebo neziskové organizace poskytovatelů), financována (například prostřednictvím všeobecného zdanění, povinného sociálního zabezpečení nebo dobrovolné soukromé pojišťovny) a poskytována (například jako domácí péče nebo ústavní péče). Formální dlouhodobá péče může být poskytována v různých prostředích, a to od institucí, tradičních domovů důchodců, až po moderní domovy s pečovatelskou službou nebo vlastní domy (např. domácí péče). V těchto ohledech může dlouhodobá péče pokrývat velmi odlišné směsi zdravotní péče a sociálních služeb. [19]

Do formální péče lze zařadit následující instituce:

- nemocnice následné péče,
- léčebny dlouhodobě nemocných,
- lůžka určená pacientům s dlouhodobými chronickými nemocemi v nemocnicích,
- gerontopsychiatrická oddělení,
- psychiatrické nemocnice,
- hospice,
- ostatní odborné léčebné ústavy,
- agentury domácí zdravotní péče,
- dětské domovy. [38]

Formálními dlouhodobými ošetrovateli bývají lidé náležící mezi vysoce kvalifikované odborníky (včetně lékařů, geriatrických sester praktických lékařů, kvalifikovaných sester a terapeutů), až po pomocné pracovníky (např. zdravotní sestry asistentů, pomocníci v domácí péči či pracovníci, kteří mohou mít omezené formální vzdělání a různé množství školení). V oblasti dlouhodobé péče je také mnoho těch, kteří nejsou zapojeni do přímého poskytování péče, jako jsou například správci, úklidový personál, kuchaři, údržba administrativní pracovníci. [26]

V případě formální péče se jedná zejména o ústavní péči a služby, které jsou prováděny kvalifikovaným personálem na základě smluvního vztahu, jenž získává za danou činnost odměnu. Mezi nejběžnější výtky v oblasti formální péče patří nedostatečné

množství času odborného personálu na poskytované služby a nevyhovující soukromí ubytovaných osob. Dále je v těchto zařízeních brán zřetel i na sociální stránku, kde se snaží o ulehčení přechodu z formální péče do neformální (domácí) péče. U lidí, u kterých není možno zabezpečit domácí péči, usilují pracovníci o nalezení nejlepšího možného řešení, které by odpovídalo jejich potřebám. V tomto případě se opečovávané osoby umisťují především do hospiců či chráněných bydlení. Důležité je, aby osoba měla neustále potřebnou péči. [38], [42]

Například v České republice je formální dlouhodobá péče zašitována státem především v oblasti sociálních věcí a zdravotnictví. Mezi poskytovatele formální péče patří v první řadě příspěvkové organizace, dále pak církevní organizace. Obvyklým zřizovatelem těchto organizací jsou kraje. [38]

Naproti tomu **neformální péče** je definována jako péče v rodině, kdy se o dlouhodobě nemocnou osobu starají členové rodiny nebo její přátelé. Jedná se o neplacenou práci, kde pečovatelé jsou zpravidla bez vzdělání v oboru, a péče je závislá na těsné citové vazbě. Neformální péči se věnují zpravidla ženy, muži se starají většinou krátkodobě, nebo pokud z nějakého důvodu nemůže žena. Tato péče je také velmi finančně i emocionálně náročná (není zde žádné finanční zajištění – pečující osoba nemá nárok na mzdu). Česká republika patří mezi země s nejvyšším podílem neformální péče v celé Evropě. [46], [48]

Péče o závislé osoby z hlediska neformálních pečovatelů má ale také svá úskalí. Člověk se zpravidla musí zřít své stávající práce a často i omezit svůj volný čas. V závislosti na délce a intenzitě péče může docházet k různým nebezpečím, jako je například ztráta pracovní kvalifikace, složité hledání nového zaměstnání či sociální izolace. Při fyzicky namáhavé práci může docházet také ke zhoršení zdravotního stavu pečovatele či jeho psychickým problémům. Ztráta vlastního příjmu může negativně působit na finanční situaci osoby samotné i její rodiny. [47]

Některé země nabízejí peněžité dávky nebo poukázky, které lze použít k placení za služby dlouhodobé péče od profesionálních poskytovatelů péče, ale v některých případech i od neformálních pečovatelů. Ve všech členských státech hraje významnou roli neformální péče poskytovaná příbuznými v rámci celkového množství dlouhodobé péče. V celé EU neexistuje však žádná konzistence v právním rámci pro poskytování dlouhodobé péče. [19]

Dlouhodobá péče je problém, který postihuje muže i ženy velmi odlišně. Starší ženy mají vyšší průměrnou délku života a větší nemocnost ve stáří než muži, což znamená, že většina příjemců dlouhodobé péče jsou ženy. Také drtivou většinu obou (formálních i neformálních) pečovatелů tvoří ženy. Formální dlouhodobá péče nabízí pracovní příležitosti s relativně nízkým prahem dovedností a středních až nízkých platů. V rámci formální péče tvoří pečovatelské služby významné příležitosti na trhu práce pro ženy. Naproti tomu neformální péče může způsobovat úbytek žen schopných ucházet se o pracovní místa. [18]

Podle metodického manuálu SHA (System of Health Accounts) lze dále dlouhodobou péči členit na dvě skupiny, **dlouhodobou zdravotní péči (HC.3)** a **dlouhodobou sociální péči (HCR.1)**. Tato klasifikace má sloužit k lepšímu sběru dat v zemích OECD a zároveň k možnému srovnání údajů mezi zeměmi. [33]

HC.3 Dlouhodobá zdravotní péče

Dlouhodobá zdravotní péče se skládá z řady lékařských a osobních pečovatelských služeb, které napomáhají k úlevě od bolesti a utrpení a udržení zdravotního stavu pacienta. Do dnešního dne byly odhadované výdaje na služby dlouhodobé péče většinou omezeny na země s vyššími příjmy, a to zejména kvůli faktu, že ve většině zemí s nízkým až středním příjmem je dlouhodobá péče poskytována neformální formou – to znamená většinou z domova, poskytována příbuznými a bez jakéhokoli záznamu. Nicméně je zřejmé, že potřeby vzrůstají a expandují ve všech zemích společně s růstem délky života a zvyšujícím se zapojením zdravotních systémů v dlouhodobé péči v důsledku sociálních a ekonomických změn. [14]

Aby se mohla efektivně naplánovat strategie a služby, je potřeba rozdělit sociální a zdravotní péči a vyvinout systém sledování dlouhodobé péče. Kvůli silnému spojení mezi dlouhodobou péčí a procesem stárnutí je zájem mnoha zemí směřován na skupiny starších lidí. Z pohledu koncového uživatele se dlouhodobá péče skládá ze služeb a pomoci pacientům se zvýšenou úrovní závislosti (postižení, omezení člověka) a je poskytována opakovaně po delší dobu. Čím větší je závislost, tím je také obsáhlejší skladba služeb. Tato péče je zaměřena na závislé osoby s chronickými a neléčitelnými psychiatrickými nemocemi, jako jsou fyzicky a mentálně postižení. [14]

Péče se může skládat z opakovaných, krátkodobých zdravotních zásahů, ke kterým dochází po delších časových intervalech nebo se může jednat o závažnější procedury,

kteřé trvají delší dobu. Dokonce i s neléčitelnými nemocemi může mnoho lidí žít poměrně normální život. Pacienti trpící rakovinou mohou čas od času obdržet paliativní péči jako radioterapii nebo chemoterapii, aby se jejich zdravotní stav nezhoršoval. Paliativní péče funguje po boku těchto aktivních léčení k podpoře pohodlí pacientů. Pokud se objeví potřeba akutní péče, která nezávisí na dlouhodobé kondici člověka, je považována za léčebnou péči, ale ne dlouhodobou. Nicméně pokud se akutní zdravotní příhoda rozvine v chronickou nemoc, může vyústit v komplexnější potřeby dlouhodobé péče. [14]

Přiklady činností dlouhodobé péče:

- *Lékařská a ošetrovatelská péče* obsahuje léčbu symptomů zahrnující lékařské, zdravotnické a ošetrovatelské pečovatelské služby jako jsou úleva od bolesti a dalších symptomů, podávání léků, provádění lékařských diagnóz a lehčích operací, ošetrování zranění, zdravotní poradenství určené rodinám, poskytování emoční a duchovní podpory pacientovi a členům rodiny. Tato péče zahrnuje:
 - a) škálu preventivních služeb (zamezení zhoršení zdravotního stavu),
 - b) škálu léčby chronických nemocí,
 - c) podstatnou část rehabilitační péče na obnovu funkčnosti člověka,
 - d) léčbu mířenou na udržení zdraví člověka a funkčnosti (tzn. vysoká úroveň života nezávislá na zdravotní indispozici).
- *Osobní pečovatelské služby* jsou poskytovány v reakci na omezení osobní péče kvůli postižení a nemoci. Tyto služby umožňují pomáhat s aktivitami denního života (ADL), jako je jídlo, koupání, mytí, oblékání, inkontinence, chůze na toaletu apod. Většina ústavní péče, denní péče a péče z domova je zahrnuta v balíčku s osobní pečovatelskou službou. Tyto služby jsou poskytovány pod dohledem ošetrovatelského personálu a jsou zahrnuty ve zdravotní péči, jelikož jsou přímo spojeny s přežitím a udržením zdravotního stavu.
- *Asistenční služby* se vztahují k péči, která umožňuje osobě, aby mohla nezávisle žít v domě či bytě. Asistenční služby pomáhají s úkoly v rámci řízení domácnosti (tj. při instrumentálních každodenních činnostech – IADL), jako je například nakupování, praní prádla, vysávání, vaření a vykonávání domácích prací, správa financí, telefonování apod. Tyto služby jsou obvykle poskytovány v rámci domácích služeb.

- *Ostatní služby sociální péče* zahrnují komunitní aktivity a profesní podporu poskytovanou na pokračující nebo opakující se bázi. [14]

V praxi to znamená, že ošetrovatelské, osobní a sociální služby jsou poskytovány společně. U domácí péče mohou být odlišné služby poskytovány buď společně, nebo každá zvlášť. [14]

Tabulka 5: Činnosti patřící do sociální a zdravotní dlouhodobé péče a činnosti vyloučené

	Lékařská nebo ošetrovatelská péče	Služby osobní péče (ADL)	Služby asistenční péče (IADL)	Ostatní sociální služby
HC.3				
HCR.1				
Vyloučeno				

Zdroj: vlastní zpracování dle [14], 2017

V tabulce č. 5 jsou zobrazeny činnosti dlouhodobé péče. Jak lze vidět, do dlouhodobé zdravotní péče (HCR.3) spadají lékařská a ošetrovatelská péče a osobní pečovatelské služby. Dlouhodobé sociální služby (HCR.1) zahrnují asistenční služby a poslední kategorie ostatní sociální služby je vyloučena z rozdělení dlouhodobé sociální a zdravotní péče.

Délka péče může vyvolat specifický způsob financování, a to poté, co přesáhne určitou dobu (např. šest měsíců). V některých zemích mohou platby začínat již od prvního dne, ale jsou omezeny určitými podmínkami. V dalších systémech pojištění většinou pokrývá pouze část dlouhodobé péče a někdy příbuzný pečovatel dostane určitou kompenzaci, což může zahrnovat školení. V mnoha případech, obzvláště u nízko a středně příjmových zemí, je dlouhodobá péče poskytována příbuznými bez nároku na honorář, ať už prostřednictvím věcného nebo peněžního transferu. V několika zemích s vyšším příjmem existuje trend formalizovat asistenční službu, obzvláště mezi staršími skupinami obyvatel. [14]

Způsoby zvládání potřeb dlouhodobé péče se vyvíjí v průběhu času. V zásadě čím větší je závislost, tím více specializované a intenzivní jsou služby, kterých by mohlo být využíváno. [14]

HC.3.1 Lůžková dlouhodobá péče (zdravotní)

Lůžková dlouhodobá péče obsahuje služby dlouhodobé zdravotní péče poskytované ve zdravotnickém zařízení (nemocnice, ošetrovny) a vyžadující přenocování s lékařským dohledem. Balíček služeb pokrývá ošetřování a osobní péči, obvykle je poskytován společně s řadou dalších komponent, jako je ubytování a podpůrné služby. [14]

- Lůžková péče zahrnuje ošetrovatelskou a osobní péči typickou pro středně závažná až závažná onemocnění, jako je ochrnutí nebo předsmrtná péče, je poskytována v řadě pečovatelských domů a dalších specializovaných zařízení dlouhodobé péče. Lůžková dlouhodobá péče je určena pro mentálně postižené a osoby závislé na návykových látkách, u nichž je vyšší riziko chronických nebo znovu se opakujících psychiatrických nemocí, dlouhotrvajících funkčních omezení anebo je zde potřeba pomoci a dohledu. Ubytovací služby jsou považovány za součást dlouhodobé zdravotní péče.
- Vyloučení jsou obyvatelé zařízení, kde je poskytováno málo nebo žádná lékařská a ošetrovatelská péče. Akutní péče u dlouhodobých pacientů by měla být zahrnována do kategorie HC.1 – Léčebná péče. [14]

HC.3.2 Denní dlouhodobá péče (zdravotní)

Tato položka se skládá z plánovaných dlouhodobých zdravotních služeb ve zdravotních střediscích, kde lidé nepřespávají. Služby denní dlouhodobé péče mohou být poskytovány v nemocničním nebo ošetrovatelském zařízení. Často jsou ve formálních statistikách zanedbávány noční případy, které se zaevidují jako případy denní, např. pokud mají starší pacienti problémy se spánkem, ale jinak mohou přes den běžně fungovat, žijí s příbuznými přes den, ale v noci pobývají v instituci. Zároveň se zajímá i o mentálně labilní osoby, které mohou přes den vykonávat zaměstnání, ale v noci zůstávají v psychiatrických ústavech. Dalším případem jsou dlouhodobí pacienti, kteří žijí s příbuznými po většinu roku, ale jsou odkázáni na instituci po dobu rodinné dovolené. [14]

HC.3.3 Ambulantní dlouhodobá péče (zdravotní)

Závislí pacienti s chronickým onemocněním mohou vyžadovat pravidelnou kontrolu dávkování léků a vývoje jejich zdravotního stavu, dále také poradenství s příznaky

při pokročení nemoci. Tyto služby se mohou vztahovat na pravidelné návštěvy pacientů. Kategorie ambulantní dlouhodobé péče může představovat obtíže, jelikož zdravotní statistika může mít momentálně problém rozlišit různé typy pacientů ambulantní péče a dalších domácích služeb. [14]

HC.3.4 Domácí dlouhodobá péče (zdravotní)

Domácí dlouhodobá péče zahrnuje služby dlouhodobé péče poskytované osobám v jejich vlastním domově nebo v pobytových zařízeních jako jsou adaptované byty, které mohou být považovány za jejich domov spíše, než by tomu tak bylo v instituci. Adaptované ubytování může poskytovat domácí prostředí v kombinaci s určitými službami, jako je ochrana zdraví a dohled. Často je tomu tak u starších lidí, kteří se stávají více závislími. Dále může dlouhodobá domácí péče obsahovat specializovanou zdravotní péči a služby na podporu neformální péče. [14]

HCR.1 Dlouhodobá sociální péče

Dlouhodobá sociální péče zahrnuje výdaje na nižší úrovni služeb sociální péče, které pomáhají s instrumentálními každodenními činnostmi (pomoc v domácnosti, rozvoz jídla, doprava a denní centra). Po sečtení zdravotní a sociální části HC.3 a HCR.1 vyjde celková hodnota dlouhodobé péče. Části sociální dlouhodobé péče mohou být poskytnuty jako balíček služeb spolu s dlouhodobým ošetřováním a poskytováním osobních služeb. [14]

- Dlouhodobá sociální péče zahrnuje příspěvky na rezidenční služby (stejně tak i výdaje na ubytování) v různých typech chráněných domů (jedná se také o rezidenční služby pro lidi, kteří trpí mentální nemocí nebo jsou závislí na návykových látkách a dále domovy pro fyzicky a mentálně postižené). Dále sem patří pečovatelské služby, služby denní péče pro závislé osoby a doprava do denních středisek nebo další sociální služby pro lidi s omezenou funkcí.
- Vyloučeny jsou všechny služby, které jsou převážně spojené se zajištěním dlouhodobé zdravotní a osobní péče (jsou zahrnuty v HC.3). Vyřazeny jsou rovněž služby vyžadující dohled na osoby s mentálním deficitem (např. pacienti s demencí) a lékařská vyšetření zahrnující management a koordinaci mezi lékařskou a dlouhodobou zdravotní péčí.

- Dále do této kategorie nepatří speciální školení pro osoby se zdravotním postižením a pracovní rehabilitace. [14]

HCR.1.1 Věcná dlouhodobá sociální péče

Tato položka zahrnuje dlouhodobou sociální péči, která je poskytována osobám se zdravotními problémy a omezenou funkcí nebo postižením, u nichž je hlavním účelem umožnit nezávislé žití a interakci s prostředím. [14]

HCR.1.2 Peněžní dávky dlouhodobé sociální péče

Tato kategorie obsahuje poskytování dlouhodobých dávek sociální péče v podobě transferů určených jednotlivým osobám a domácnostem. Pokrývá neformální pečovatelské služby sociální povahy a je poskytována rodinným příslušníkům nebo jako odměna pro formální sociální poskytovatele (podpora instrumentálních aktivit denního života pro umožnění nezávislého žití). Nepokryje peněžní dávky na ochranu příjmu v případě nemoci nebo nemohoucnosti, jako je placená nemocenská nebo ochrana příjmu v případě zdravotního postižení (vyjma invalidního důchodu pro osoby v důchodovém věku). [14]

1.4. Poskytovatelé dlouhodobé péče

Služby dlouhodobé péče mohou být poskytnuty ve formě věcné (nepeněžité), tzn. příspěvku vypláceného rodinnému pečovateli, nebo jako peněžitá dávka určená na najmutí požadované služby tak, jak daná osoba uzná za vhodné. Věcnými službami mohou být ošetřování, služby ADL poskytované doma a také se mohou skládat ze služeb, které mohou mít funkci oddychu pro pečovatele (např. institucionální péče v pečovatelském domě či paliativní péče). Věcné služby a peněžní dávky mohou vyžadovat úhradu části výdajů pacientem. Většina zemí OECD poskytuje jak věcné služby, tak i peněžní dávky, zatímco jen několik zemí využívá věcného systému (např. Austrálie, Maďarsko, Nový Zéland, Japonsko). V Rakousku, Francii a ČR peněžní dávky tvoří hlavní (ale ne jedinou) formu benefitů. Některé severské země zavedly voucher, s jehož pomocí mohou být uhrazeny výdaje za služby. Peněžní dávky poskytují příjemcům péče větší míru kontroly v poskytnutých službách, kdo je bude poskytovat a za jakých podmínek. Nicméně některé země se liší implementací peněžních dávek. V Německu, Rakousku, ČR a Itálii je pouze malá kontrola použití dávek, zatímco např. ve Francii mohou být najati pouze akreditovaní a schválení

poskytovatelé a výdaje jsou kontrolovány. Podobně se země liší v nárocích, které se týkají najmutí rodinných příslušníků. [13]

Poskytovatele dlouhodobé péče lze členit z různých hledisek, například na formální a neformální, profesionální a pomocné pracovníky, zaměstnance a nezávislé osoby a v poslední řadě na organizace poskytující péči a individuální pracovníky. Organizovaní poskytovatelé zahrnují ubytovací ústavy, zařízení dlouhodobé péče (například domy s pečovatelskou službou a obytná pečovatelská zařízení) a poskytovatele nebytových služeb (např. agentury, které spravují domácí zdravotní a hospicovou péči). Individuální poskytovatelé péče jsou ti, kteří poskytují profesionální, pomocné a další služby na formální placené bázi, a dále také ti, kteří poskytují neformální, obvykle neplacené služby (často členové rodiny nebo přátelé). [26]

Následující text se bude věnovat poskytování dlouhodobé péče rodinnými příslušníky a placenými pečovateli.

Rodinní příslušníci

OECD charakterizuje rodinné příslušníky ze dvou pohledů. Podle široké definice je v EU 100 milionů pečovatelů, zatímco podle striktnější definice (nejméně 20 hodin péče týdně) čítá počet pečovatelů 19 milionů, z nichž 9,6 milionů pečuje alespoň 36 hodin týdně. Podle OECD „Health Data 2010“ se počet rodinných pečovatelů ve Spojeném království, Lucembursku a Slovensku pohybuje kolem 1 % populace. Naproti tomu v USA a Nizozemsku jsou jejich počty odhadovány na 15, resp. 21 % populace. Tyto údaje mohou naznačovat rozdíly v poskytování rodinné péče v jednotlivých zemích, což odráží odlišné kultury. Tyto výsledky mohou být však zkresleny omezenými fakty a odlišnými definicemi rodinných pečovatelů. [13]

Podle úzké definice je množství rodinných pečovatelů přinejmenším dvakrát vyšší než počet pracovníků formální péče (například v Dánsku), v některých případech se odhaduje na více než desetkrát větší (např. Kanada, Nový Zéland, Spojené státy, Nizozemsko). V průměru přibližně 70 až 90% těch, kteří poskytují péči, jsou rodinní pečovatelé. Pečující rodinní příslušníci jsou většinou ženy, zejména manželky, dospělé dcery nebo snachy. Rodinní pečovatelé jsou v průměru starší 45 let. [13]

Odhady ze Spojených států z roku 2007 naznačují, že rodinní pečovatelé poskytovali péči o ekonomické hodnotě 375 miliard USD, což je vyšší než odhadované vynaložené náklady 230 miliard USD na služby dlouhodobé péče. V Evropě byl ekonomický přínos neplacených rodinných pečovatelů vyhodnocen mezi 20,1 a 36,8 % HDP (v závislosti na použité metodě, 2010). Tyto a další studie poukazují na vysokou ekonomickou hodnotu rodinné péče. [13]

Nicméně poskytování péče rodinným příslušníkem může způsobit mnohé náklady. Například absence v zaměstnání a ztracené kariérní příležitosti. Australská studie vyhodnocuje ztracený příjem neplacených rodinných pečovatelů na 4,9 miliardy AUD, což je ekvivalentem téměř 10 % celkových nákladů na formální péči v Austrálii (studie rok 2009). Další náklady mohou být vynaloženy například na duševní zdraví pečovatele. V mnoha zemích může být po rodinných příslušnících požadováno přispění na formální péči, pokud je pacient neschopen si náklady spojené s dlouhodobou péčí uhradit sám (např. Německo, Slovensko, Francie). Dále může proces rodinné péče působit ke zvýšeným výdajům domácnosti, jako např. vytápění, léky, ceny telefonu, lékařská pomoc a doprava. Tato skutečnost vedla mnoho vlád k podpoře rodinných pečovatelů. [13]

Placení pečovatelé

Dlouhodobí pečovatelé (sestry a osobní pečovatelé) čítají 1,5 % pracovníků v produktivním věku ve vybraných zemích OECD. Nejnížší podíly jsou v zemích, kde je sektor formální péče stále malý, např. ČR, Slovensko (0,3 %), nejvyšší podíl je ve Švédsku (3,6 %), jež je následováno Norskem a Dánskem (2,9 %). Velikost pracovní síly není přímo úměrná počtu pacientů. Na Slovensku na 100 pacientů, kterým je více než 80 let, připadá 5 pečovatelů a více než 40 v Norsku a Švédsku. Poptávka po péči může přerůst počet pečovatelů v dlouhodobé péči, některé země již hlásí nedostatek pečovatelů (např. Španělsko, Rakousko, Kanada, Itálie a Finsko) a téměř všechny země mají problém s přijímáním a udržením nových pracovníků v sektoru dlouhodobé péče. V některých zemích OECD (zejména v Jižní Evropě), byla poptávka po pracovnících naplněna vzrůstajícím přílivem migrantů. V Itálii podíl cizinců pracujících jako pečovatelé rapidně vzrůstá, v roce 2005 byl odhadován na 72 % všech domácích pečovatelů. Velký počet migrantů pracuje mimo formální služby (bez smlouvy).

V dalších zemích OECD tvoří cizinci výrazný podíl formálních dlouhodobých pečovateli. [13]

1.5. Financování dlouhodobé péče

Ve financování dlouhodobé péče se odrážejí různé priority a zvyklosti jednotlivých zemí, mezi něž se řadí sociální pojištění, daně, smíšené financování, které spojuje zdroje z daní, pojištění a institucí odpovědných poskytovat a nakupovat služby dlouhodobé péče a dále testování příjmů a zkoumání majetkových poměrů. [6]

V oblasti dlouhodobé péče je třeba brát v úvahu čtyři faktory financování:

- míra zodpovědnosti soukromého a veřejného sektoru za dlouhodobou péči,
- postup země při financování sociální péče,
- programy na dlouhodobou péči,
- rozsah zapojení zdrojů soukromého financování. [20]

Mnoho zemí uplatňuje poplatky na dlouhodobou péči. Dlouhodobá péče by neměla směřovat k chudobě, a v důsledku toho v Evropské Unii vznikly různé možnosti, jak snížit přímé náklady na individuální péči. Jedná se například o poplatky stanovené dle výše příjmů, sociální dávky, peněžní podpora pro starší osoby, chronicky nemocné či postižené a pokrytí pro domácnosti s nízkými příjmy. [6]

Je třeba v rámci dlouhodobé péče najít vhodnou kombinaci soukromých a veřejných zdrojů financování, avšak obecně platí, že nejúčinnější je systém založený na základě sociálního pojištění nebo daní, než zanechání péče pouze v soukromé oblasti. [20]

Mnoho zemí v Evropské Unii schválilo různá opatření na pomoc při péči o rodinu. Jde například o:

- daňové úlevy pro asistenty,
- příspěvky na péči nebo mzdu za péči určenou pro asistenta,
- peněžní prostředky určené na nákup asistenční podpory,
- dovolená na zotavení pro pečovatele,
- ochrana pečovatele proti výpovědi,
- placené volno po dobu poskytování dlouhodobé péče. [6]

Jelikož žádná země nebude schopna pokrýt dlouhodobou péči pouze profesionálními službami, bude pro udržitelnost dlouhodobé péče podstatné:

- lepší spolupráce mezi neformálními a profesionálními poskytovateli dlouhodobé péče,
- podpora soukromých příspěvků na pojištění,
- poskytování většího množství finančních prostředků určených na tvorbu strategií pro boj proti některým nemocem souvisejících se stářím. [6]

Na financování péče rodiny o dlouhodobě nemocné se podílí zejména:

- zdroje rodiny, pokud členové rodiny nemají dostatečné množství peněžních prostředků, tak dochází k financování ze zdrojů státu,
- finanční příspěvek na péči z veřejných rozpočtů,
- sociální pojištění,
- zaplacení asistenční služby od obce za pomoci státního rozpočtu. [6]

1.6. Kvalita dlouhodobé péče

Kvalita dlouhodobé péče je velmi často řešeným tématem po celém světě. Odborná i laická veřejnost se zejména zabývá kvalitou péče v institucích, kde úroveň poskytování dlouhodobé péče je v různých zemích velmi odlišná. Dále se v EU diskutuje o založení určitých doporučení či standardů kvality, nicméně se v této oblasti střetávají názory různých zájmových skupin (členské země, politici a odborná veřejnost). Právě proto by v České republice bylo zapotřebí vytvořit určité standardy, které by určovaly minimální a optimální kvalitu služeb v rámci dlouhodobé péče. V této věci by mělo zajisté pozitivní dopad také zveřejňování určitých vybraných informací a dohled veřejnosti. [3]

Bez přístupu ke kvalitní dlouhodobé péči může být ohrožen komfort postiženého člověka, jeho důstojnost, zdraví, či dokonce přežití. Také náklady na služby dlouhodobé péče mohou vážně zatěžovat, a často i překračovat pravidelný příjem osoby v nouzi. Závislost na dlouhodobé péči představuje pro jednotlivce a jejich rodiny ekonomické riziko, které je srovnatelné s potřebou drahého lékařského ošetření (např. léčba rakoviny). [18]

V některých zemích již fungují určité standardy péče. Například Německo, Velká Británie či USA vytvořily národní standardy péče, v dalších zemích – jako jsou skandinávské země, Kanada a Rakousko jsou standardy kontrolovány místními nebo regionálními správami. [3]

V oblasti zdraví u lidí v Evropě lze obvykle očekávat, že většina nákladů na péči bude hrazena ze systému sociálního zabezpečení, a to bez ohledu na jejich vlastní finanční situaci. Nicméně ve většině zemí jsou dlouhodobá sociální a zdravotní péče řešeny odděleně, ačkoliv spolu úzce souvisejí. Často si větší část finančních prostředků na dlouhodobou péči hradí sami lidé, kteří ji potřebují. Stejně tak odpovědnost za poskytování péče připadá na prvním místě příbuzným, zejména partnerovi, dětem a vnoučatům. [18]

Kvalita péče v institucích

Případy odchýlení se od standardů kvality v domech s pečovatelskou službou byly zaznamenány v mnoha zemích OECD. Mezi nejčastěji registrované problémy patří následující:

- proleženiny,
- podvýživa,
- nedostatečná prevence a léčení inkontinence,
- nevhodné používání farmaceutických léků,
- zdravotní rizika vzniklá ze špatné hygieny stravování,
- zanedbávání a zneužívání,
- rizika nehod,
- řada problémů s nedostatkem soukromí a základních práv pacientů (sdílení pokoje, přijímání návštěv, mechanismy vyřizování stížností, atd.). [17]

Mnoho těchto problémů s kvalitou je vzájemně propojeno. Problém s proleženinami může například sloužit jako indikátor nedostatku kvality, jelikož objevení proleženin může sloužit jako ukazatel mnoha na první pohled neviditelných problémů s kvalitou péče. Je známo, že riziko vzniku proleženin zvyšuje podvýživa, dehydratace, příliš málo času věnováno jednotlivým pacientům, inkontinence a použití fyzických pout. Dále se jedná o problémy, které se vyskytují zejména tam, kde kvalita péče není dostačující. Bylo také zjištěno, že otlaky způsobují vyšší úmrtnost u starších pacientů. Kromě toho rozvoj proleženin zvyšuje náklady na lékařskou a dlouhodobou péči. [17]

Lidské a materiální zdroje jsou velmi důležité. Kvalifikace pečovatelů často potřebuje modernizaci a dostatečně vzdělaná a kvalifikovaná pracovní síla musí být motivována

zůstat v sektoru dlouhodobé péče. Domy pečovatelské služby a domácí pečovatelé shledávají tento problém jako jeden z nejnaléhavějších v mnoha zemích. [17]

Kvalita v domácí péči

Míra spokojenosti vyjádřena lidmi, kteří jsou v domácí péči, je ve srovnání s těmi svěřenými do péče v ústavech vyšší. Tato skutečnost byla prokázána pomocí průzkumu názorů příjemců služeb domácí péče, dále byly prováděny průzkumy závislých starších osob, o které je pečováno v jejich vlastních domovech s pomocí rodinných příslušníků a dalších neformálních pečovatelů. [17]

Problémy s kvalitou v domácí péči byly zdokumentovány v řadě průzkumů zdravotního stavu a životních podmínek závislých osob a jejich neformálních pečovatelů. Ačkoli dostupné průzkumy uvádějí, že jen malé procento závislých osob dostane péči, která je hrubě nedostatečná a vystavuje příjemce péče riziku, tyto průzkumy ukázaly více rozšířená zdravotní rizika a těžké břemeno pro neformální pečovatele. Tato rizika mohou mít negativní důsledky na kvalitu péče o závislé osoby. Nejčastěji zjištěnými problémy jsou nedostatek dostupných informací o škále služeb a omezený přístup ke službám, které poskytují neformální pečovatelé. Přístup k široké škále podpůrných služeb pro neformální pečovatele, včetně respirační péče, vzdělávání a poradenství, je zásadní pro udržení kvality domácí péče a k zabránění nepříznivých účinků na zdraví neformálních pečovatelů nebo jejich zmírnění. Široké regionální rozdíly v dostupnosti služeb mohou mít za následek omezený přístup k nejvhodnější kombinaci služeb, což vede k méně než optimální kvalitě péče v některých oblastech. [17]

2. Dlouhodobá péče v České republice

Česká republika je vnitrozemským státem, který se nachází ve střední Evropě a vznikl v roce 1993. Česká republika se skládá ze třech historických oblastí Čechy, Morava a Slezsko. ČR se dělí na 14 samosprávných krajů a hlavním městem je Praha. [31]

2.1. Právní aspekty dlouhodobé péče

Systém dlouhodobé péče obsahuje sociální i zdravotní služby. V České republice zatím však není provázanost zdravotního a sociálního systému a neexistuje samostatný zákon o dlouhodobé péči. [37]

V současnosti podle platné legislativy systém zdravotní péče nedefinuje léčebny dlouhodobě nemocných jako druh zdravotní instituce nebo zdravotní péče. **Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.** se problematice dlouhodobé péče nevěnuje, ale vymezuje jednotlivé skupiny lůžkové dlouhodobé zdravotní péče, jako je akutní, dlouhodobá a následná péče (§ 9, odstavec 2). [4]

Lůžkovou péči není možné poskytnout ambulantně, v tomto případě je nutná hospitalizace pacienta. Akutní lůžkovou péči lze rozdělit na intenzivní a standardní. Intenzivní lůžková péče je určena pacientovi, pokud u něj dojde k nenadálému selhání či ohrožení základních životních funkcí nebo lze-li tyto situace očekávat. Standardní akutní lůžková péče je vhodná pro pacienty, u kterých se vyskytuje náhlé onemocnění nebo zhoršení chronické nemoci, které vede k závažnému ohrožení zdraví, ale nesměřuje k selhání životních funkcí, nebo je péče poskytnuta pacientovi s cílem provést zdravotní výkony, které není možno uskutečnit ambulantně. Dále se do této kategorie také řadí léčebná rehabilitace. [12]

Následná lůžková péče je určena pro pacienty, u kterých byla vymezena základní diagnóza a nastala stabilizace zdravotního stavu, zdolání náhlé nemoci či nenadálé zhoršení chronické nemoci a zároveň zdravotní stav pacienta vyžaduje rehabilitaci nebo doléčení. V oblasti následné lůžkové péče je také poskytována následná intenzivní péče vhodná pro pacienty, kteří jsou úplně nebo částečně závislí na pomoci k zabezpečení základních životních funkcí. [12]

Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav není možné výrazně zlepšit a bez pravidelné ošetrovatelské péče se zhoršuje. V této kategorii je

možné poskytnout intenzivní ošetrovatelskou péči pro pacienty s poškozením základních životních funkcí. [12]

Dále je v rámci problematiky dlouhodobé péče důležitý **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**. Sociální služba je činnost nebo souhrn činností, které zabezpečují podporu a pomoc osobám s cílem sociálního začlenění nebo slouží jako prevence proti sociálnímu vyloučení. Tento zákon však vůbec nevymezuje pojem dlouhodobé péče, ale jsou v něm uvedeny některé druhy zařízení a služeb, které jsou podstatné pro poskytování dlouhodobé péče. Jde zejména o domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory. [4], [11] Některá tato zařízení budou blíže představena v následujícím textu.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost, a to zvláště z důvodu zdravotního postižení. Tato problematika je upravena v § 48 zákona o sociálních službách. Dále dle § 49 zákona o sociálních službách se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby určené osobám, které mají zmenšenou soběstačnost, a to především kvůli jejich věku, a jejich stav vyžaduje pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby. [11]

Domovy se zvláštním režimem upravuje § 50 zákona o sociálních službách. „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ [§50, 11]

Dalšími důležitými pojmy z oblasti sociálních služeb jsou např. chráněné bydlení či týdenní stacionáře, které jsou upraveny v § 51 a 47 zákona o sociálních službách. „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“ [§51, 11] „V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým

duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ [§47, 11]

Speciálním typem bydlení jsou domy s pečovatelskou službou, které podle zákona o sociálních službách nepatří mezi regulace. Domy s pečovatelskou službou jsou vedeny obcemi, které v nich zabezpečují bydlení a některé sociální služby. Obyvateli domů s pečovatelskou službou jsou lidé se zdravotním postižením či senioři. [4]

Zákon o sociálních službách také vymezuje poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Nejedná se však o zdravotně sociální péči, jejíž propojení by bylo zapotřebí, ale pouze o poskytování sociálních služeb. [7]

Zákon také definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o sebe sama,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí ubytování (resp. přenocování),
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zabezpečení stravy,
- základní sociální poradenství,
- pomoc při zabezpečení chodu domácnosti,
- vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti,
- telefonická krizová pomoc,
- pomoc při zařizování osobních záležitostí, uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- sociálně terapeutické činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- podpora při vytváření a zdokonalování základních pracovních dovedností a návyků,
- nácvik dovedností pro zvládání péče o sebe sama, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění. [11]

Další důležité předpisy v rámci péče o fyzickou osobu jinou fyzickou osobou:

- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti,
- zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. [28]

2.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobou péčí v současné době poskytují blízké osoby (neformální péče v komunitě nebo domácnosti) a profesionálové v rámci resortu zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Obecně dochází v současnosti k přeměně formální péče, jelikož je preferována individuální péče v pacientovi přirozeném prostředí. [2], [53]

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je poskytovatelem zdravotních služeb právnická nebo fyzická osoba, která má oprávnění k poskytování těchto služeb. [12]

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) je uceleným celostátním informačním systémem, kde jsou seskupovány a dále zpracovávány osobní a další informace z registrů ministerstev, institucí veřejné správy od poskytovatelů zdravotních služeb, popřípadě i dalších osob. ÚZIS je organizační složka státu, kterou zřizuje Ministerstvo zdravotnictví ČR a dále také řídí Národní zdravotnický informační systém (NZIS). [68]

ÚZIS ČR vymezuje následující typy zdravotnických zařízení a oddělení sloužící k poskytování ošetrovatelské následné péče (ošetrovatelskou následnou péče lze definovat jako péči pro dlouhodobě chronicky nemocné lidi a většinou navazuje na akutní péči):

- *Léčebny dlouhodobě nemocných* jsou zdravotnická zařízení lůžkové péče, která slouží k poskytování specializované lůžkové péče a orientují se zejména na rehabilitační a ošetrovatelskou péči.
- *Hospice* jsou odborné léčebné ústavy lůžkové péče, ve kterých je pacientům v konečném a pokročilém stádiu nemoci poskytnuta paliativní péče. Jejím cílem je dopřát pacientům poklidné umírání.
- *Nemocnice následné péče* slouží k poskytnutí ošetrovatelské následné péče v souvislosti s akutní péčí v nemocnicích.
- *Ostatní odborné léčebné ústavy* jsou specializovaná zařízení poskytující lékařskou péči (např. oční léčebny, netuberkulózní léčebny apod.).
- *Pracoviště a oddělení ošetrovatelské následné péče, dlouhodobé intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče* ve fakultních nemocnicích

a v nemocnicích akutní péče slouží pro pacienty s dlouhodobými chronickými onemocněními (vyčleněna lůžka v rámci nemocnice).

- *Agentury domácí zdravotní péče* zabezpečují nemocným lidem odbornou ošetrovatelskou péči poskytovanou v jejich domácím prostředí.
- *Gerontopsychiatrická oddělení* se nachází většinou v psychiatrických léčebnách a péče je určena osobám s duševními poruchami, které potřebují specializovanou ústavní péči. [1], [30]

Z pohledu délky poskytované péče je možno začlenit mezi tyto zařízení také:

- *Rehabilitační ústavy*, které slouží k poskytování komplexní dlouhodobé rehabilitační ústavní péče.
- *Dětské léčebny* jako jsou např. dětské psychiatrické léčebny nebo ostatní dětské léčebné ústavy (určené pro děti s duševními poruchami nebo pro děti potřebující specializovanou péči, např. dětská oční léčebna).
- *Psychiatrické léčebny*, které se věnují poskytování lůžkové péče lidem s duševními poruchami, u nichž je potřeba specializované léčebné a diagnostické péče. Dále mohou zabezpečovat povinně uložené (ochranné) léčení.
- *Ostatní* – např. léčebny respiračních nemocí, tuberkulózy apod. [1], [30]

Dalším členěním pracovišť poskytujících dlouhodobou péči může být rozdělení na lůžkovou a domácí zdravotní péči. Lůžková péče zahrnuje oddělení a pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovací péče, ústavní ošetrovatelskou péči a dlouhodobou intenzivní péči. [30]

Zřizovatelem zdravotnických zařízení jsou státní a nestátní organizace. Mezi státní organizace, které mají možnost zřizovat zdravotnická zařízení, se řadí Ministerstvo zdravotnictví a další centrální orgány. Nestátní organizace tvoří kraj či obec, právnická nebo fyzická osoba a církev. [25]

Sociální služby mohou poskytovat pouze subjekty, které mají příslušné povolení k poskytování těchto služeb, a to na základě přijatého rozhodnutí o registraci. Tato registrace se však netýká osob, které pečují o své příbuzné či právnických a fyzických osob, které poskytují sociální služby v jiné zemi Evropské unie a na dočasnou dobu. Mezi poskytovatele sociálních služeb patří Ministerstvo práce a sociálních věcí, nestátní neziskové organizace, subjekty zřízené krajem nebo obcí a dále fyzické osoby,

které poskytují širokou škálu služeb. Zřizovatelem sociálních služeb může být Ministerstvo práce a sociálních věcí, obec či kraj, z toho více než 85 % pobytových sociální zařízení zakládá obec nebo kraj. V pobytových sociálních zařízeních je personál zabezpečen v poměru 1 : 1,6 v počtu pracovníků na uživatele, kdy se do celkového počtu personálu započítávají i pracovníci, kteří se přímo neúčastní poskytování péče (např. údržba, administrativní pracovníci apod.) Zodpovědnost za sociální služby nemá již jen stát, ale přesunula se také na občanské společnosti, obce a kraje. [5]

Následující tabulka zachycuje benefity pro poskytovatele (formální a neformální) a příjemce dlouhodobé péče.

Tabulka 6: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče

	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké
Formální péče	<ul style="list-style-type: none"> • Transfery poskytovatelům sociálních služeb z veřejných rozpočtů • Příspěvek na péči • Vysoká otevřenost systému 	<ul style="list-style-type: none"> • Podpora poskytovatelů ze strany veřejné správy • Standard kvality sociálních služeb 	<ul style="list-style-type: none"> • -
Neformální péče	<ul style="list-style-type: none"> • Příspěvek na péči • Další dávky vztažené k pečující osobě a závislé osobě 	<ul style="list-style-type: none"> • Úhrada zdravotního pojištění za pečující osobu • Úhrada pojištění na sociální zabezpečení za pečující osobu • Status pečující osoby, která může být podporována v rámci realizace mnoha projektů spolufinancovaných z EU 	<ul style="list-style-type: none"> • Započítání péče do doby důchodového pojištění • Ošetřování jiného nemocného člena rodiny (v rámci nemocenského pojištění)

Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

V České republice je systém benefitů poměrně široký, ale také existují jiné, které zde chybějí. Například v tomto systému chybí dovolená na péči a zálohový systém

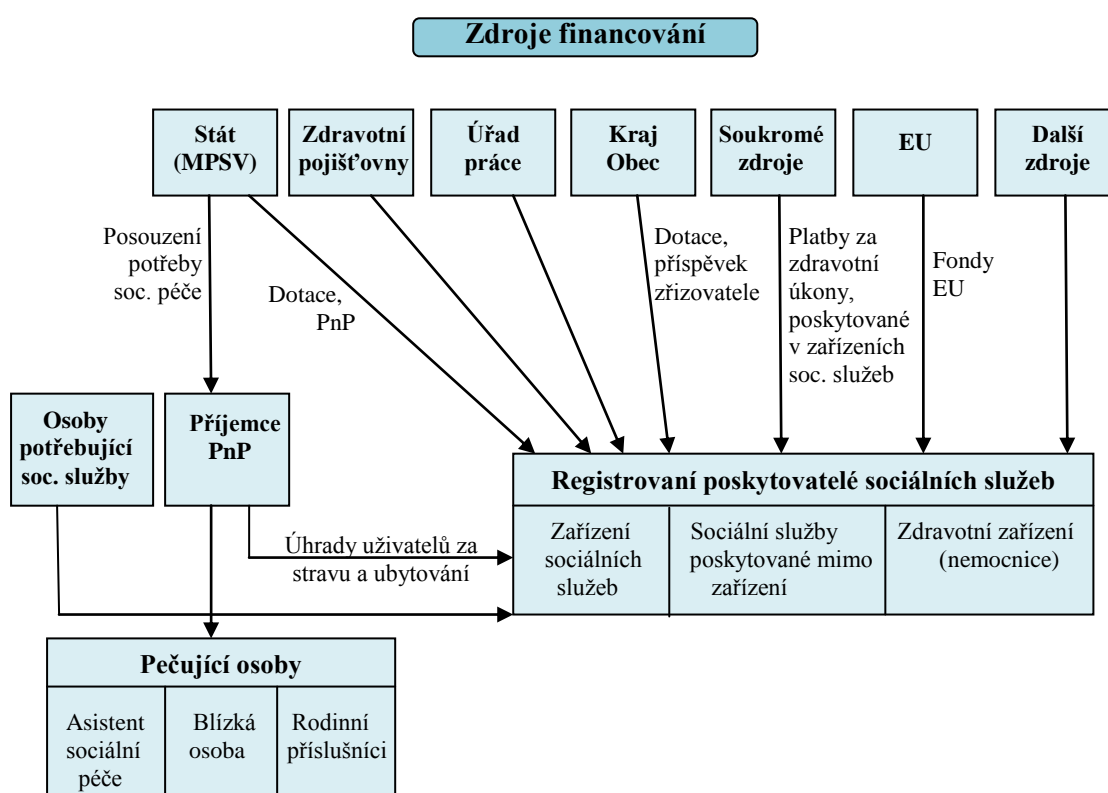
financování, který by měl sloužit k bezodkladné finanční pomoci závislé osobě ke zlepšení její situace hned v počátku. [28]

2.3. Financování dlouhodobé péče

V rámci dlouhodobé péče není snadné oddělit sociální a zdravotní hledisko dlouhodobé péče, jelikož situace klienta vyžaduje oba typy péče. Potřeby pacientů jsou zabezpečovány jak v oblasti domácí či akutní péče, tak i v lůžkových zařízeních. [67]

Na obrázku č. 2 je zobrazeno schéma financování dlouhodobé péče v České republice.

Obrázek 2: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v České republice



Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

V následujícím textu budou představeny a dále blíže popsány hlavní zdroje financování dlouhodobé péče.

K hlavním zdrojům financování se řadí:

- finanční dávky:
 - příspěvek na péči,
 - další sociální dávky,

- soukromé zdroje financování:
 - vlastní zdroje,
 - rodinní příslušníci,
 - zdroje cizích osob,
- dotace z veřejných rozpočtů:
 - EU,
 - obec,
 - kraj,
 - stát. [28]

Finanční dávky

Příspěvek na péči je určen osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Stát se tímto způsobem účastní na zajištění sociálních forem či jiných způsobů pomoci při zvládání základních životních potřeb osob. Nárok na příspěvek plyne osobě, která díky dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu vyžaduje pomoc od jiné fyzické osoby při vykonávání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Náklady plynoucí z tohoto příspěvku jsou hrazeny ze státního rozpočtu. [11]

Příspěvek na péči slouží k pokrytí zvýšených životních nákladů osob, které potřebují péči a nachází se v jedné ze čtyř kategorií závislosti. Příspěvek na péči slouží pouze k uhrazení části nákladů spojených se zajištěním vhodné péče, nejedná se tedy o dávku, která by zaručila dostatečující finanční zabezpečení péče o fyzickou osobu. Z toho vyplývá, že pro úhradu těchto nákladů je potřeba zajistit i jiné zdroje financování. [28]

Příspěvek se poskytuje stále za stejných podmínek a nezáleží na skutečných nákladech, které závislé osobě vznikly. Pacient si proto musí sám zvolit, od jakého poskytovatele chce čerpat sociální služby (asistent sociálních služeb, blízká osoba, profesionální poskytovatel sociálních služeb) a v jaké formě (ambulantní či ústavní). [54]

Příspěvek je poskytován jednou měsíčně a je vyplácen prostřednictvím krajské pobočky Úřadu práce ke kalendářnímu měsíci, ke kterému se vztahuje. V roce 2016 došlo k navýšení tohoto příspěvku o 10 %. [54], [58]

Výše příspěvku závisí na konkrétním stupni závislosti a dále se člení dle věku osoby (osoby mladší a starší 18 let). Příspěvek na péči se vyplácí adresně konkrétní osobě, která má možnost využít příspěvek dle vlastního uvážení (není možné dostatečně

odhadovat jeho využití a hodnotit efektivitu využívání). Příspěvek není určen osobám, které o pacienta pečují, ale přímo pacientovi, který péči potřebuje. Sám pacient si poté z něj hradí např. služby od blízké osoby či pečovatelskou službu. Úřad práce má však nárok vyžádat si předložení dokladů zobrazujících, na co osoba příspěvek použila. [28], [57]

Při hodnocení stupně závislosti osob je důležité posoudit, zda je osoba schopna zvládnout základní životní potřeby, jako je tělesná hygiena, péče o domácnost, péče o zdraví, mobilita, komunikace, orientace, stravování, oblékání, obouvání, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví a osobní aktivity. [11]

Následující tabulka zobrazuje klasifikaci závislých osob dle stupně závislosti, která závisí na množství nezvládnutých základních životních potřeb a výši příspěvku na péči dle věku osoby.

Tabulka 7: Rozdělení stupně závislosti osob mladších a starších 18 let dle počtu nezvládnutých základních životních potřeb a výše příspěvku na péči

Stupeň závislosti	Osoby do 18 let		Osoby starší 18 let	
	Počet nezvládnutých základních životních potřeb	Výše příspěvku za kalendářní měsíc	Počet nezvládnutých základních životních potřeb	Výše příspěvku za kalendářní měsíc
Stupeň I (lehká závislost)	3	3.300 Kč	3 - 4	880 Kč
Stupeň II (středně těžká závislost)	4 - 5	6.600 Kč	5 - 6	4.400 Kč
Stupeň III (těžká závislost)	6 - 7	9.900 Kč	7 - 8	8.800 Kč
Stupeň IV (úplná závislost)	8 - 9	13.200 Kč	9 - 10	13.200 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování dle [11], 2017

U osob mladších 18 let se nezahrnuje péče v domácnosti do posuzování o stupni závislosti. Příspěvek na péči nemůže požadovat dítě mladší jednoho roku. [11], [53]

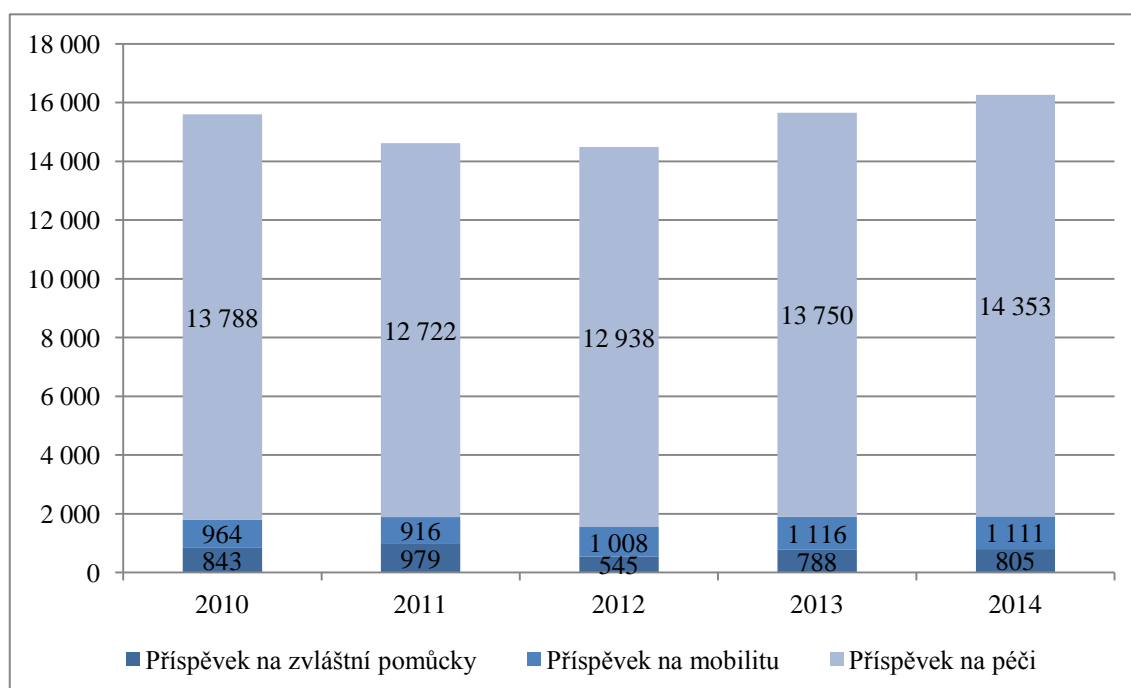
Mezi nejčastější **sociální dávky** patří příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcku. Příspěvek na mobilitu slouží ke snížení sociálních důsledků zdravotního postižení osob

a k pomoci se sociálním začleňováním. Jedná se o opakující nárokovou dávku, která je určena pro osoby starší jednoho roku, jež mají nárok na průkaz ZTP či ZTP/P, opakovaně se dopravují nebo jsou dopravovány za úhradu. Výše dávky činí 400 Kč měsíčně. [55], [56]

Příspěvek na zvláštní pomůcku může nárokovat osoba, která má těžké zrakové postižení, těžké sluchové postižení či těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí. Tato postižení musí mít povahu dlouhodobě nepříznivé zdravotní situace (délka trvání delší než 1 rok) a zdravotní stav nesmí zabraňovat přiznání tohoto příspěvku. Aby mohl být osobě příspěvek poskytnut, musí být starší 3 let (úprava bytu, motorové vozidlo), 15 let (vodící pes) či 1 roku (všechny ostatní pomůcky). [59]

Na následujícím obrázku je možno vidět vývoj finančních dávek v průběhu let 2010 až 2014.

Obrázek 3: Vývoj finančních dávek v letech 2010 – 2014 (v mil. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování dle [67], 2017

Z obrázku je zřejmé, že příspěvek na péči ve všech letech mnohonásobně převyšuje všechny ostatní příspěvky a v průběhu let má rostoucí charakter.

Dotace z veřejných rozpočtů

Stát poskytuje kromě již zmíněných příspěvků také transfery, které jsou určeny institucím, jež poskytují sociální služby (profesionální péči). Stát tyto dotace poskytuje konkrétním pečovatelům. **Obce a kraje** poskytují zřizovatelům příspěvky na fungování registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zřízeni krajem či obcí. Dále také poskytují dotace převážně pro instituce, které zabezpečují profesionální sociální péči. Peněžní prostředky z **Evropských strukturálních a investičních fondů** se zaměřují spíše na realizaci systémových projektů, které budou nástavbou nad současný systém. Na dotace není ovšem právní nárok, to znamená, že z dlouhodobého hlediska se na tyto dotace nedá pohlížet jako zdroj systémového opatření financování sociálních služeb. [28]

Výdaje na dlouhodobou péči

Výdaje na dlouhodobou péči se skládají ze 70 % z dlouhodobé zdravotní péče a zbylých 30 % tvoří dlouhodobé sociální služby. Podíl dlouhodobé péče na celkových výdajích na zdravotní péči tvořil v roce 2014 bezmála 18 %, která v tomto roce činily 350,4 mld. Kč. [67]

V následující tabulce jsou zobrazeny výdaje na dlouhodobou péči v letech 2010 – 2014.

Tabulka 8: Výdaje na dlouhodobou péči v letech 2010 – 2014 (v mil. Kč)

Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014
Dlouhodobá zdravotní péče	35 787	37 006	37 077	38 590	44 029
Lůžková dlouhodobá péče	29 841	30 761	30 864	31 914	37 056
Domácí dlouhodobá péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333
Denní dlouhodobá péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640
Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078
Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269
Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809
Celkem	52 786	53 056	53 003	55 831	62 107

Zdroj: Vlastní zpracování dle [67], 2017

Z tabulky je možné vidět, že celková dlouhodobá péče má v průběhu sledovaných let rostoucí tendenci. Nejvíce se na dlouhodobé péči podílí dlouhodobá lůžková péče a dále peněžité dávky, které tvoří převážnou část dlouhodobé sociální péče.

Dlouhodobá lůžková péče tvoří více než čtyři pětiny výdajů v rámci dlouhodobé zdravotní péče. Tuto péči představují obzvláště nemocnice, specializované odborné instituce a léčebny pro dlouhodobě nemocné. Dále lze do této kategorie zahrnovat týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Služby dlouhodobé péče jsou financovány zejména ze zdrojů státního rozpočtu a z veřejného zdravotního pojištění. Domácnosti se na službách dlouhodobé péče účastní jen minimálními výdaji. Více než desetina z celkových výdajů na dlouhodobou zdravotní péči představuje služby domácí péče, kdy je potřebná dlouhodobá péče poskytována lidem doma v jejich přirozeném prostředí (lze také uvažovat např. zařízení sociálních služeb, které pacientovi nahrazuje domácí prostředí). Výdaje na dlouhodobou domácí péči jsou financovány zdravotními pojišťovnami (28 %) a státním rozpočtem (72 %). Denní péče (denní stacionáře, odlehčovací služby, centra denních služeb apod.) je zastoupena pouhými čtyřmi procenty celkových nákladů dlouhodobé zdravotní péče a je financována jen ze státního rozpočtu. Výdaje na dlouhodobou sociální péči jsou tvořeny peněžitými dávkami a sociálními službami, které jsou financovány ze státního rozpočtu. [67]

2.4. Shrnutí

V České republice se dlouhodobé péči nevěnuje samostatný zákon. Systém zdravotní péče je upraven zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. a systémem sociální péče se zabývá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dalšími důležitými předpisy jsou například vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, zákon č. 435/2004 Sb., o nezaměstnanosti, a Zákoník práce.

Dlouhodobá péče je poskytována prostřednictvím blízkých osob (tzn. neformální péče) či profesionálů v rámci sociální a zdravotní oblasti. Dlouhodobá péče je financována finančními dávkami, zejména příspěvkem na péči, dále prostřednictvím vlastních zdrojů či dotací z veřejných rozpočtů.

3. Dlouhodobá péče v Rakousku

Rakousko je vnitrozemský federativní stát, který se nachází ve střední Evropě. Jde o spolkovou republiku, kterou tvoří devět spolkových zemí, jejichž poloha je zobrazena na obrázku č. 4. Jedná se o:

- Burgenlandsko,
- Korutany,
- Dolní Rakousko,
- Horní Rakousko,
- Vídeň – hlavní město,
- Salcbursko,
- Štýrsko,
- Tyrolsko,
- Vorarlbersko. [60]

Obrázek 4: Mapa spolkových zemí Rakouska



Zdroj: [66]

V těchto spolkových zemích mají platnost vedle spolkových zákonů i zemské ústavní zákony jednotlivých zemí. Každá spolková země má svůj vlastní parlament, ústavu a vládu, která zodpovídá za provádění zemských zákonů. [61]

3.1. Právní aspekty dlouhodobé péče

Jedním z nejdůležitějších zákonů v oblasti dlouhodobé péče je **Bundespflegegeldgesetz** (Federální zákon o příspěvku na péči), který se věnuje příspěvku na péči (Pflegegeld). BPGG a související zákony jednotlivých spolkových zemí vstoupily v platnost 1. července 1993 a přinesly naprostou reorganizaci dlouhodobé péče v Rakousku. Na základě zákona o reformě příspěvku na péči (Pflegegeldreformgesetzes) z roku 2012 byla přenesena plná kompetence a legislativa ze spolkových zemí na federální stát. Zákon obsahuje obecná ustanovení, jako je účel příspěvku, dále oprávněné osoby, příspěvek na péči, který představuje účelovou službu k částečnému krytí nákladů na péči, výši tohoto příspěvku, výplatu apod. [9], [27]

Článek 15a BVG (**Bundesverfassungsgesetz**) upravuje právní rámec pro poskytování sociálních služeb. Federální a spolkové země mohou uzavírat dohody o záležitostech v jejich aktuálním rozsahu působnosti. Federální stát a spolkové země se dle tohoto článku zavázaly ke společným opatřením pro osoby potřebující péči. Vedle zavedení příspěvku na péči a vybudování sociálních služeb na úrovni jednotlivých zemí byl zřízen okruh pracovníků pro dlouhodobou péči s úkolem vydávání výročních zpráv k tomuto tématu. [8], [23]

Pflegefondsgesetz (PFG), BGVI. I Nr. 57/2011 (zákon o fondu na péči) vstoupil v platnost 30. července 2011 a znamenal významný krok pro dlouhodobou péči v Rakousku. Federální vláda podporuje spolkové země a obce v oblasti dlouhodobé péče s poskytnutím účelových příspěvků z fondů na péči (Pflegefonds) při zajišťování nabídky pečovatelských služeb. Fond na péči je spravován ministrem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele ve spolupráci s ministrem financí. Cílem je zlepšit nabídku péče a také financování kvalitních opatření a inovativních projektů. Prostředky jsou obstarávány ze dvou třetin od federální vlády a z jedné třetiny od spolkových zemí a obcí. Spolkové země jsou dle zákona povinny nejpozději do 31. října daného roku předložit tak zvané plány zajišťování (Sicherungspläne), výstavby (Aus- und Aufbaupläne) ministerstvu práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele. To má za následek, že spolkové země pravidelně vyhotovují poptávkové plány (Bedarfspläne) a rozvojové plány (Entwicklungspläne) v rámci dlouhodobé péče. [23], [50]

Na federální úrovni je v Rakousku Spolkové ministerstvo pro zdravotnictví (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) zodpovědné za aspekty zdravotní péče

a prevenci proti demenci. Dlouhodobá péče o lidi s demencí je v kompetenci spolkových zemí. Peněžité dávky na dlouhodobou péči jako příspěvek na péči a peněžní fondy spadají do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí (Sozialministerium). [62]

3.2.Poskytovatelé dlouhodobé péče

Sociální služby spadají do kompetence jednotlivých spolkových zemí. V ujednání podle článku 15a B-VG mezi federálním státem a spolkovými zeměmi o společných opatřeních pro lidi potřebující péči se zavázaly spolkové země zajistit, že sociální služby budou decentralizované a všude dostupné. [63]

Obecně platí, že poskytování sociálních služeb se vyznačuje velmi roztržštěným systémem s různými poskytovateli (většinou neziskovými), různými formami poskytování a různými předpisy v rámci financování. Poskytovatelé v některých regionech působí v téměř monopolním postavení. [21]

Za poskytování sociálních služeb zodpovídají spolkové země. V případě, že spolková země nemůže zabezpečit některé služby, má povinnost svěřit jiné organizaci poskytování této služby v náležitě kvalitě. Stát může převést tuto pravomoc na obce, organizace s právní formou sociální organizace (neziskovou organizaci) či na sociální fond, který je zřízen spolkovým státem. V jednotlivých spolkových zemích jsou různí poskytovatelé, každý spolkový stát má svůj vlastní postoj k zajišťování služeb. Z toho důvodu se v rámci spolkových států poskytované služby velmi odlišují. [28]

Rakouský systém dlouhodobé péče rozlišuje mezi dvěma hlavními typy sociálních služeb:

- Služby ústavní péče, které jsou poskytovány především prostřednictvím spolkových zemí a obcí nebo církevními a neziskovými organizacemi. Tyto služby obvykle zahrnují rezidenční péči, péči v domovech s pečovatelskou službou, denních stacionářích a centrech noční péče.
- Domácí služby, které jsou převážně poskytovány neziskovými organizacemi, jako je např. Červený kříž, Caritas, Hilfswerk či Volkshilfe. Mimo jiné mezi ně patří domácí péče, domácí ošetřovatelská péče, mobilní terapeutické služby, dopravní služby, úklid domácnosti, praní prádla a víkendová pomoc. [21]

Sociální služby zahrnují:

- Mobilní služby, které mohou usnadnit péči v obvyklém rodinném prostředí. Mnozí závislí lidé a osoby s postižením mohou žít doma, ale potřebují k tomu péči a u určitých věcí pomoc. K těmto službám patří například pomoc v domácnosti, nakupování, domácí ošetřování apod.
- Dalším typem jsou stacionární služby. O závislé osoby, které nemohou žít samy, je neustále pečováno ve vhodných zařízeních. Často si však lidé nemohou dovolit místo v pečovatelském domě nebo jiných institucích a jejich důchod nebo příspěvek na péči často na tyto služby nestačí. V takovém případě je možné, že Sozialhilfe (sociální asistence) převeze část nákladů (v některých spolkových zemích to může být ale tak, že příbuzní také musí platit, pokud mají dostatek peněz).
- Částečně stacionární služby jsou pro lidi potřebující péči během dne nebo v noci (jednou či několikrát týdně). Denní péče s jejím uspořádaným průběhem dne a nabídkou terapeutických opatření slouží převážně k tomu, aby umožnila i přes různá omezení relativně samostatný život. Částečně stacionární služby nabízí například geriatrická denní centra. Služby obsahují například přepravu, stravování, podle potřeby péče jako je terapie, výlety, akce a poradenství pro příbuzné. [63]

Dále mezi nabízené sociální služby patří především:

- úklidové služby,
- praní prádla,
- pomoc v domácnosti,
- pečovatelská pomoc,
- psychosociální služby,
- osobní péče,
- mobilní terapeutické služby,
- poradenství určené rodinným příslušníkům,
- vypůjčení zdravotních pomůcek apod. [61]

Sociální služby jsou nabízeny prostřednictvím spolkových zemí, obcí a dobrovolných organizací. Sociální služby poskytují odborníci ze zdravotnictví, sociální péče

a ošetrovatelství. Jedná se především o zdravotní sestry, asistenty, sociální pracovníky v oblasti péče o staré lidi, postižené apod. [63]

Většina osob vyžadující péči upřednostňuje pobyt v soukromém prostředí a preferuje neformální péči od příbuzných či rodinných formálních pečovatелů. Díky tomu zhruba 80 % osob, které potřebují péči, využívá služeb neformální péče. [21]

Cíle systému dlouhodobé péče jsou:

- Osoby, které potřebují péči, by měly mít možnost svobodně si vybírat mezi nabízenými službami.
- Domy s pečovatelskou službou by měly být malé, decentralizované a integrované do rezidenčních oblastí.
- Expanze nových pečovatelských služeb (zařízení) má snížit zátěž členům rodiny poskytující péči. [21]

Ministerstvo práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele organizuje každý rok asi 20 000 domovních prohlídek za účelem zajištění kvality neformální dlouhodobé péče. Tyto návštěvy provádí profesionální pečovatelé (kvalifikované zdravotní sestry). Jejich cílem je poskytnout radu neformálním pečovatелům a zkontrolovat životní situaci závislé osoby a ověřit, zda jsou peněžní příspěvky používány na poskytování dané péče. Shromážděné informace jsou vyhodnoceny s cílem zjistit, zda existují nedostatky v dlouhodobé péči. [18]

V následující tabulce jsou zobrazeny benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče v Rakousku. Některým těmto benefitům bude věnována část v podkapitole financování.

Tabulka 9: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče v Rakousku

	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké
Formální péče	<ul style="list-style-type: none">• Příspěvek na péči• Sociální asistence• Podpora pro pečující osoby• Fond dlouhodobé péče	<ul style="list-style-type: none">• Sociální asistence• Věcná dávka ve formě poskytnutí služby	<ul style="list-style-type: none">• -
Neformální péče	<ul style="list-style-type: none">• Příspěvek na péči• Příspěvek na respitní péči• Sociální pojištění pro pečující osoby (zdravotní, průběhové a dobrovolné)	<ul style="list-style-type: none">• -	<ul style="list-style-type: none">• Rodinná dovolená• Pečovatelská dovolená

Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

3.3. Financování dlouhodobé péče

Spolkové země jsou zodpovědné za poskytování institucionálních ústavních, ambulantních, polo-ambulantních a domácích ambulantních pečovatelských služeb. Tyto služby jsou realizovány ve spolupráci s obcemi a neziskovými organizací a jsou financovány prostřednictvím plateb od osob, které potřebují dlouhodobou péči (zároveň obdrží peněžní příspěvek sloužící k částečnému pokrytí výdajů) a z rozpočtů spolkových zemí a obcí. [18]

Systém sociálního zabezpečení je v Rakousku rozčleněn do tří hledisek:

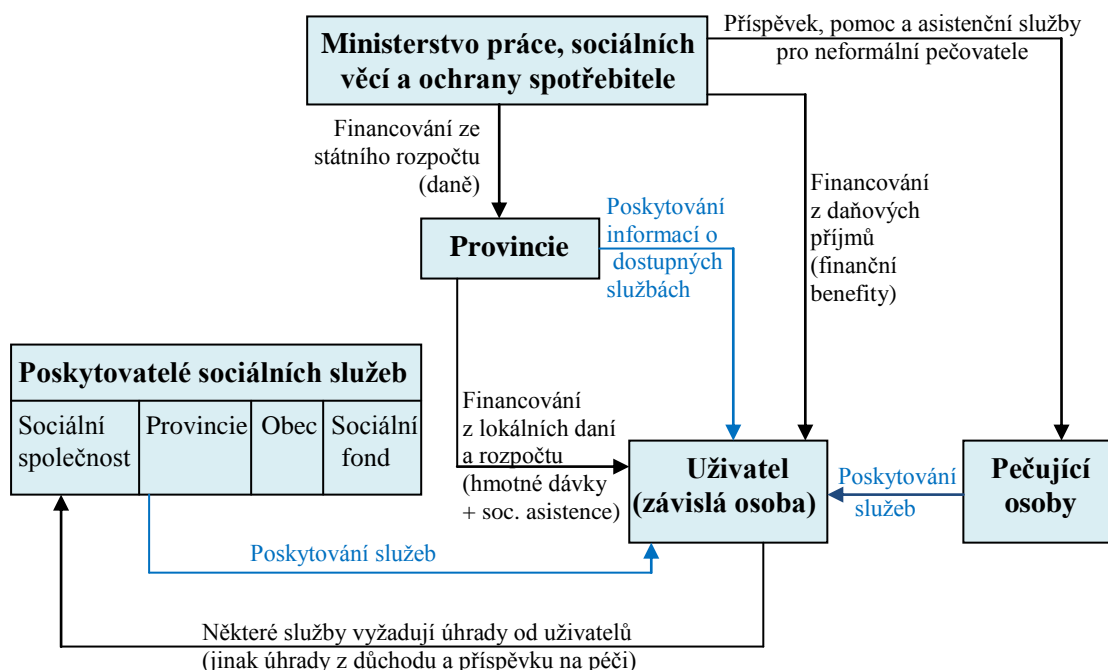
- sociální pojištění,
- sociální ochrany,
- sociální asistence.

Sociální pojištění zahrnuje nemocenské, důchodové a úrazové pojištění, které je poskytováno v návaznosti na povinné příspěvky. Sociální ochrana je poskytována jako krytí pro zvláštní skupiny, za které stát přímo odpovídá, např. válečné oběti. Dávky pro tyto osoby jsou financovány ze všeobecného zdanění. Sociální asistence poskytuje

záchrannou síť, která vychází z potřeb jednotlivců. K tomu dochází za předpokladu, že další příspěvky jsou pro jedince nedostupné či nedostatečné a jsou financovány ze zdanění na úrovni provincií. [21]

Na následujícím obrázku č. 5 je zobrazeno schéma financování dlouhodobé péče v Rakousku.

Obrázek 5: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v Rakousku



Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

Systém dlouhodobé péče v Rakousku je kombinací dávek poskytovaných v hotovosti a ve věcné podobě na úrovni federální vlády. Dlouhodobá péče je financována vícezdrojově a zahrnuje především zdroje z odvodů ze mzdy, místních daní a všeobecných daní. Podstatu tohoto systému tvoří dlouhodobý příspěvek na péči. Na rozdíl od mnoha Evropských zemí tvoří v Rakousku podstatnou část finanční dávky, které se řídí Federálním zákonem o příspěvku na péči (Bundespflegegeldgesetz). Peněžní dávky mohou být využity na nákup formální pečovatelské služby od soukromých či veřejných poskytovatelů nebo k úhradě neformální péče. Lidé hradí dlouhodobou péči prostřednictvím finančních příspěvků či věcné dávky nebo z vlastních zdrojů (důchod, příjem, majetek apod.). [21], [28]

Peněžní dávky jsou financovány z rozpočtu federálního státu, věcné dávky jsou financovány z rozpočtů spolkových zemí a obcí, dále prostřednictvím všeobecného

daňového vyrovnání (Finanzlastenausgleich), z Fondu dlouhodobé péče (Pflegefond, 2/3 jsou financovány z prostředků federálního státu a 1/3 od spolkových zemí) a z rozpočtu federálního státu. To znamená, že veřejné výdaje na dlouhodobou péči (v užším slova smyslu, tj. bez péče poskytované zdravotnickým systémem) jsou v Rakousku zcela financovány z daní. Sociální pojišťovny mají za úkol řídit a organizovat financování z federálního rozpočtu. [18]

U věcných dávek dochází k testování všech druhů příjmů osob, včetně peněžního příspěvku na dlouhodobou péči a majetku (který lze zpeněžit). Pouze v případě, že dané služby nemohou být financovány prostřednictvím těchto zdrojů, jsou zcela nebo částečně financovány spolkovými zeměmi v rámci sociální asistence a minimálního příjmu. [18]

K hlavním zdrojům financování se řadí:

- federální rozpočet,
- sociální asistence,
- spolufinancování od uživatelů dlouhodobé péče,
- další zdroje financování (např. Fond péče – Pflegefonds).

Federální rozpočet

Prevažná část veřejných výdajů na dlouhodobou péči je tvořena z odvodů zaměstnanců na sociální pojištění. V rámci financování dlouhodobé péče není definována žádná samostatná speciální daň (pojištění). Z toho důvodu je velmi obtížné určit, jak velká část z odvodů na sociální péči je použita na financování dlouhodobé péče. Sociální pojišťovny mají za úkol na žádost osob, které potřebují péči, vyplatit finanční příspěvky. Zdravotní pojištění tvoří v oblasti financování dlouhodobé péče jen minimální podíl, jelikož se dlouhodobá péče orientuje především na pečování, nikoliv na léčení. Důležité je také zmínit státní sociální pojišťovnu Pensionversicherunganstalt, která je určena pro důchodové pojištěnce. Pojišťovna nabízí ochranu před finančními riziky stáří, invaliditou či úmrtím, zajišťuje opatření v rámci zdravotní péče a rehabilitace s cílem podpory zdraví a udržení schopnosti pracovat. Pro veřejné zaměstnance je určena pojišťovna BVA Pensionsservice. [28], [44]

Sociální asistence (Sozialhilfe)

Spolkové země mohou nakupovat sociální služby pomocí sociální asistence. Tato služba je z větší části financována prostřednictvím vybraných daní z centrálního rozpočtu a z menší části z regionálních a lokálních daní. Sociální asistence by měla chránit lidi proti chudobě a také pomáhat lidem, kteří se chtějí znovu vrátit do práce. Nárok na sociální asistenci mají lidé, kteří nemají dostatečné finanční zabezpečení (např. příjem, sociální dávky, výživné apod.) či majetek na institucionální péči. [28], [29], [64]

Příspěvek na péči

Někteří lidé potřebují z důvodu nemoci či invalidity pravidelnou péči, která je důležitá pro jejich zdraví a samostatný život. Proto tyto lidé mohou požádat o příspěvek na péči (Pflegegeld). Jedná se o příspěvek na úhradu nákladů za péči, který však není určen k zaplacení celkových nákladů za péči. V tomto případě se nerozlišuje, zda je pacient umístěn v pečovatelském domě, nebo doma. [51], [52]

Od začátku roku 2012 připadly dávky dlouhodobé péče do výhradní kompetence státu, kdežto spolkové země poskytují tyto dávky pro specifické skupiny obyvatel. Příspěvek na péči je přiznán osobám, které na něj mají nárok dle sedmi úrovní, jež odpovídají různým požadavkům na péči, a dále nedochází k testování jejich příjmů či majetku. Příspěvek na péči má být použit na nákup formální pečovatelské služby od veřejných či soukromých poskytovatelů, nebo na úhradu neformální péče. [18]

Pro nárok na příspěvek je nutná potřeba péče vyšší než 65 hodin za měsíc. Na základě lékařského posouzení dojde k rozčlenění pacientů do jednotlivých úrovní péče. Může se jednat o stálou potřebu péče z důvodu tělesného postižení, mentálního postižení, duševního postižení či smyslového postižení. Tato potřeba musí s největší pravděpodobností trvat déle než šest měsíců. Pro určité skupiny osob se zdravotním postižením (těžce zrakově postižení, nevidomí a hluchoslepí či lidé, kteří jsou závislí na používání vozíku) je stanovena minimální klasifikace. Další podmínkou pro získání příspěvku na péči je pobyt osoby v Rakousku. [41], [52]

Potřebu péče je možno rozčlenit do dvou skupin aktivit, se kterými člověk potřebuje pomoci. Jedná se o pomocné práce jako např. nakupování, uklízení, praní prádla či pomoc s pohyblivostí (např. při návštěvě u lékaře) a dále o pečovatelská opatření jako např. příprava jídla, každodenní péče o tělo a další osobní aktivity. [52]

V následující tabulce je zobrazena výše příspěvku na péči podle potřeby péče v rozlišení do sedmi stupňů.

Tabulka 10: Výše příspěvku na péči dle stupně a měsíční potřeby péče

Stupeň	Výše příspěvku na péči (měsíční) v EUR	Měsíční potřeba péče
1	157,30	66 – 95 hodin
2	290,00	96 – 120 hodin
3	451,80	121 – 160 hodin
4	677,60	Více než 160 hodin
5	920,30	Více než 180 hodin *)
6	1.285,20	Více než 180 hodin *)
7	1.688,90	Více než 180 hodin *)

Zdroj: Vlastní zpracování dle [41], 2017

*) Stupně 5 až 7 musí vedle měsíční potřeby péče, která je vyšší než 180 hodin, ještě předložit požadavek na vysoce kvalifikovanou péči

Někteří lidé potřebují z důvodu vážné nemoci nebo invalidity větší péči než ostatní lidé. V důsledku toho mohou tyto lidé získat více hodin péče, které dostanou dodatečně k hodinám, které jim náleží dle konkrétního stupně péče. Tyto hodiny navíc se nazývají „Erschwerungszuschläge“ (příplatek za komplikace). Lidé, kteří mají těžké duševní nebo psychické postižení (především demence) a jejich věk je vyšší než 15 let, mají nárok na příspěvek 25 hodin měsíčně. Dále se může jednat o těžce postižené děti a mládež, kterým je do 7 let věku poskytováno 50 hodin a až do 15 let 75 hodin za měsíc. [52], [65]

24 hodinová péče

Ministerstvo sociálních věcí vyvinulo možnost, jak podpořit 24-hodinovou péči (24-Stunden-Betreuung). Tato služba je určena pro závislé lidi nebo jejich příbuzné a je financována z Podpůrného fondu (Unterstützungsfonds) pro lidi s postižením. Podpora činí maximálně 550 € za měsíc, pokud je pečovatelem na základě smlouvy nezávislý pracovník, nebo maximálně 1 100 €, pokud se jedná o najatého pracovníka. Pro získání podpory 24-hodinové péče musí pobírat příspěvek na péči alespoň 3. stupně. Při podání žádosti je zohledněn příjem závislé osoby. Hranice příjmu dané osoby činí 2 500 € měsíčně, přičemž služby jako příspěvek na péči, rodinné přídavky, příspěvek na péči

o dítě a příspěvky na bydlení se nezohledňují. Pro každého nezaopatřeného člena rodiny se hranice příjmů zvyšuje o 400 € nebo o 600 € v případě nezaopatřeného příslušníka rodiny s postižením. Podpora je poskytována nezávisle na movitém majetku dané osoby. [69]

Zdravotní a sociální pojištění

Federální vláda hradí zdravotní pojištění za osoby, které mají minimální 3. stupeň závislosti, nebo za osoby, které se o ně starají a péči obětují většinu své pracovní kapacity. Jelikož neformální pečovatelé ve většině případů z důvodu péče o blízké nemají možnost pracovat, a tím přispívat do systému sociálního zabezpečení, mají v rámci sociálního pojištění dvě možnosti:

- Dobrovolné pojištění pro pečovatele (osoba, o kterou je pečováno, musí mít alespoň 3. stupeň závislosti, pečovatel v současnosti vůbec nepracuje, ale v minulosti pracoval a odváděl prostředky do důchodového pojištění po stanovenou dobu – v tomto případě jsou náklady na pojištění hrazeny federální vládou).
- Pokračující penzijní pojištění pro pečující osoby (v tomto případě může pečovatel částečně provozovat pracovní činnost a musí mít trvalý pobyt v Rakousku). [28]

3.4. Shrnutí

Důležitým zákonem z hlediska dlouhodobé péče je Bundespflegegeldgesetz, který se zabývá problematikou příspěvku na péči (Pflegegeld). Dále je významný článek 15a BVG, který definuje právní rámec pro poskytování sociálních služeb, a také zákon o fondech na péči Pflegefondsgesetz, BGVI. I. Nr. 57/2011.

V rámci poskytování sociálních služeb jsou za ně zodpovědné jednotlivé spolkové země, a v důsledku toho existuje velká odlišnost v poskytování sociálních služeb ve spolkových zemích. Systém dlouhodobé péče rozlišuje dva hlavní typy sociálních služeb, a to služby ústavní péče a domácí služby.

Dlouhodobá péče je financována vícezdrojově a je kombinací dávek v hotovosti a ve věcné podobě. Mezi hlavní zdroje financování patří federální rozpočet, sociální asistence, spolufinancování od uživatelů a dále např. fondy na péči.

4. Dlouhodobá péče v Dánsku

Dánsko (Dánské království) se rozprostírá v jižní části Skandinávie a náleží k němu Grónsko a Faerské ostrovy, které mají ovšem vlastní samosprávu. Jedná se o konstituční monarchii, v jejímž čele se nachází královna. Hlavním městem Dánska je Kodaň. [34]

4.1. Právní aspekty dlouhodobé péče

Dánský systém dlouhodobé péče o seniory patří k nejrozsáhlejším na světě. Systém dlouhodobé péče je organizován místně prostřednictvím 98 obcí. Cílem dlouhodobé péče je zvýšit kvalitu života osob, které potřebují péči, a zvýšit jejich možnosti, aby se mohly o sebe postarat. Dánská centrální vláda je zodpovědná za stanovení celkových zásad systému dlouhodobé péče. Místní úřady jsou odpovědné za poskytování služeb dlouhodobé péče, provádění a realizování politiky dlouhodobé péče a rozhodování o tom, jak budou zdroje dlouhodobé péče přiděleny. [36], [49]

V Dánsku dlouhodobá péče spadá pod sociální péči a je za ní zodpovědná místní rada (v rámci poskytování a financování). Pravidla týkající se dlouhodobé péče jsou součástí Konsolidovaného zákona o sociálních službách (**Consolidation Act on Social Services CASS**). Místní úřady poskytující péči o seniory vycházejí z obecné zásady volného a rovnocenného přístupu k nabízené pomoci a financují náklady na dlouhodobou péči prostřednictvím místních daní a blokových grantů od státu. [22]

Cílem konsolidovaného zákona o sociálních službách je:

- nabízení poradenství a podpory tak, aby se předcházelo sociálním problémům,
- navržení řady všeobecných služeb sloužících jako preventivní opatření,
- uspokojení potřeb vyplývajících ze zhoršených fyzických nebo duševní funkcí člověka nebo způsobených zvláštními sociálními problémy. [10]

CASS stanovuje základní rámec politiky Dánska pro starší osoby. Dále jsou v tomto zákoně upraveny obce a regiony, jejich úlohy, jako je prevence a poradenství. Obecní úřad zajišťuje, aby každý dostal příležitost získat bezplatné poradenství. Účelem toho je, aby se zabránilo sociálním problémům a pomohlo občanům překonat bezprostřední potíže a v delším časovém horizontu jim umožnit vypořádat se s nastalými problémy bez cizí pomoci. [10], [28]

Účelem pomoci poskytované podle tohoto zákona je zlepšení schopnosti individuálního příjemce, aby byl soběstačný, nebo aby došlo k usnadnění jeho každodenního života a zlepšila se jeho kvalita života. Pomoc je založena na osobní odpovědnosti každé osoby a také jeho rodiny. Pomoc musí být poskytnuta na základě specifického individuálního posouzení příjemce. [10]

4.2.Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dánský systém služeb dlouhodobé péče pro seniory patří mezi nejrozsáhlejší v EU. Systém dlouhodobé péče je organizován, poskytován a financován na úrovni obcí. Dříve a více než jiné země, dalo Dánsko přednost komunitní péči před ústavní s cílem umožnit starším osobám se závislostí na dlouhodobé péči, aby i nadále žily ve svých domovech. Tento systém je do značné míry založen na pomoci poskytované v místě bydliště starších lidí v rámci osobní a praktické pomoci v domácnosti. Dále se klade důraz i na rehabilitaci a prevenci. Rehabilitace se snaží pomoci starším lidem se cítit fyzicky a sociálně lépe, aby se o sebe mohli postarat. Prevence je poskytována za účelem posílení fyzických, sociálních a kognitivních funkčních schopností starších lidí. [18], [49]

Dlouhodobá péče může být poskytována formou pobývání v ústavních zařízeních, speciálních domech (většinou se zdravotními sestrami) nebo pomoci v domácnosti. Obce jsou zodpovědné za dlouhodobou péči o starší občany. Pomoc v domácnosti je poskytována prostřednictvím obcí. Lidé žijící ve svých domovech, které jsou vhodné pro domácí péči, si mohou vybrat mezi obecními a soukromými poskytovateli praktické a osobní péče. Dále si mohou lidé žijící v těchto domech za určitých podmínek vybrat mezi různými výhodami a službami v rámci praktické a osobní péče. [49]

Občané, kteří potřebují dlouhodobou péči, se mohou nacházet v zařízeních ústavní péče, dále se může jednat o domácí péči ve vlastních domovech nebo o neformální péči. Převážná část těchto osob přijímá pomoc v domácnosti a domácí (ošetřovatelskou) péči, zatímco ústavní péče je zaměřena na ty, kteří nejvíce potřebují péči a kontrolu. Osoby, které potřebují péči, žijí ve svém vlastním domě nebo ve zvláštních bytech pro seniory, mají nárok na domácí ošetřování, domácí péči a praktickou pomoc. Zdravotnické služby zahrnují podporu zdraví. Pomoc v domácnosti obsahuje rehabilitaci a vztahuje se na osobní pečovatelské služby (tj. pomoc při každodenních činnostech - ADL) a domácí úkony (např. nakupování, příprava jídla a čištění – IADL). Další opatření

na pomoc umožňují příjemci péče zůstat aktivní (např. prostřednictvím účasti v psychicky a fyzicky stimulujících aktivitách v denních centrech). [18]

Různé formy dlouhodobých pečovatelských služeb nabízených v rámci dánských právních předpisů zahrnují péči v běžných domech s pečovatelskou službou (pečovatelské domy), v moderním ubytování v blízkosti péče (dotované bydlení pro seniory s pečovatelských zařízení a ošetřovateli) a doma. Všichni oprávnění jedinci mají svobodnou volbu poskytovatele péče. Péče je poskytována místními orgány a soukromými poskytovateli v konkurenčním prostředí, které je definováno pomocí kvality a ceny. [22], [35]

Domácí pomoc je poskytována na základě konkrétního a individuálního posouzení funkčních schopností a potřeb příjemce na základě přijaté úrovně služeb v rámci obce. Od roku 1996 lidé ve věku 75 let a více mají nárok na roční preventivní návštěvy vedoucích pracovníků v rámci obcí za účelem vyhodnocení individuálních potřeb a pomoci s plánováním pro nezávislý život. Posouzení musí být vícerozměrné a skládá se ze všech aspektů individuálního pocitu pohody, tj. funkční schopnosti, živobytí, životní spokojenosti, domácích podmínek a možnosti nezávislosti. Dále se sem řadí souhrn léků, rehabilitační podpora, návštěva a doporučení specialistů nebo jiných zdravotnických pracovníků v případě potřeby. Klienti, kteří potřebují formální péči, jsou dále hodnoceni vedením domácí péče a výsledný plán péče skončí jako smluvní specifikace pro potřebné služby. Nejsou žádné předdefinované kategorie závislosti, ale žadatel bude klasifikován podle jeho specifických potřeb. V případě, že klient nesouhlasí s přidělením služby, rozhodnutí o přidělení služby lze odvolat. [18]

Přestože většina závislých osob v Dánsku obdrží formální péči, mnozí členové rodiny poskytují cennou podporu manželům a starším členům rodiny, zejména těch rodinných příslušníků, kteří trpí demencí. Neformální pečovatelé jsou především rodinní příslušníci - manželky, děti nebo vnoučata. Vzhledem k rozsáhlému přístupu k formálním službám dlouhodobé péče mají neformální pečovatelé tendenci zabývat se pouze lehkými až středně těžkými případy závislosti. V této oblasti roste také množství dobrovolníků, kteří poskytují různé formy péče pro lidi potřebující dlouhodobou péči. Zastupitelstvo nabízí náhradní nebo respitní služby pro manžele, rodiče nebo jiné blízké příbuzné, kteří pečují o osoby s poruchou tělesných nebo duševních funkcí. [18], [35], [49]

Mezi profesionální pečovatele, kteří jsou zaměstnání prostřednictvím obcí, patří sociální a zdravotní asistenti, sociální a zdravotní pracovníci, ošetřovatelé, zdravotní sestry, asistenti v domácnosti a zaměstnanci, kteří nemají sociální nebo zdravotní vzdělání. [18]

Zvládnout nárůst dlouhodobé péče spojený se stárnutím populace musí orgány, které nyní kladou větší a větší důraz na péči o sebe sama a efektivní prevence, opětovné umožnění zdravích prospěšných aktivit. Politiky s cílem prevence jsou také zaměřeny na vytváření větších zásob bytů vhodných pro dané věkové kategorie a zajištění investic v rámci lepší fyzické infrastruktury, aby bylo možné dosáhnout věkově přívětivého prostředí. Cílem je, aby starší lidé během jejich stárnutí měli dobré podmínky pro své zdraví, dobře fungující a kvalitní život, a tím tak předcházeli nebo odkládali potřebu pomoci v domácnosti a péče. [18]

V následující tabulce jsou zobrazeny benefity pro příjemce a poskytovatele dlouhodobé péče.

Tabulka 11: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče

	Finanční	Nefinanční	Zaměstnanecké
Formální péče	<ul style="list-style-type: none"> • Dotace na komunitní bydlení • Dotace na úhradu pro osoby, které pečují o osobu doma 	<ul style="list-style-type: none"> • Pečovatelská služba • Domácí pomoc 	<ul style="list-style-type: none"> • -
Neformální péče	<ul style="list-style-type: none"> • Příspěvek na péči o umírající osobu • Dotace na úhradu pro osoby, které pečují o osobu doma • Doplatek ušlé mzdy při péči o dítě 	<ul style="list-style-type: none"> • Možnost využívání denních /nočních stacionářů 	<ul style="list-style-type: none"> • Pečovatelská dovolená

Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

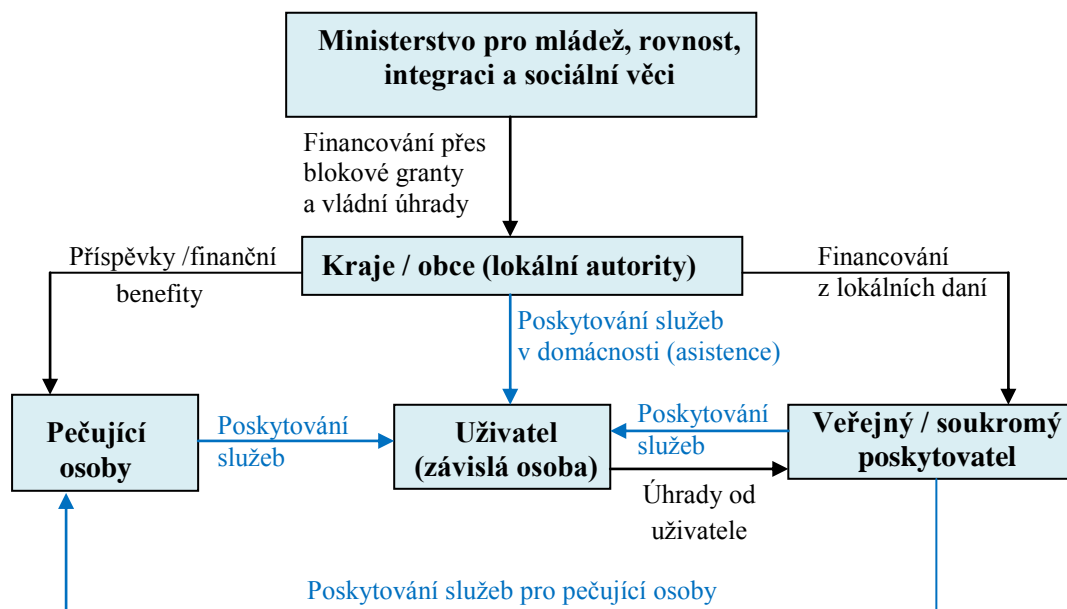
4.3.Financování dlouhodobé péče

Dánsko má univerzální a velmi rozsáhlý systém dlouhodobé péče. Principy systému jsou určeny ústřední vládou, zatímco místní orgány jsou zodpovědné za přidělování finančních prostředků, poskytování služeb dlouhodobé péče a navrhování a provádění

skutečné politiky dlouhodobé péče. Z tohoto důvodu je 98 obcí odpovědných za širokou škálu sociálních služeb, které mohou být poskytovány v ústavních zařízeních, speciálních domovech nebo prostřednictvím domácí péče. Dlouhodobá péče se v Dánsku financuje prostřednictvím veřejných zdrojů a poplatků od uživatelů, které tvoří pouze 10 % z celkových výdajů na sociální služby a jsou nastaveny pouze v omezené výši. V rámci veřejných výdajů patří k hlavním zdrojům financování lokální daně a také blokové granty od centrální vlády, které plynou z centrálních daní a jsou dále rozdělovány lokálními autoritám. [28], [35]

Na následujícím obrázku č. 6 je zobrazeno schéma financování dlouhodobé péče v Dánsku.

Obrázek 6: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v Dánsku



Zdroj: Vlastní zpracování dle [28], 2017

Místní orgány jsou odpovědné za přidělování prostředků. Jejich náklady na dlouhodobou péči jsou financovány prostřednictvím státních dotací, místních poplatků a vyrovnávacích částek (poskytované z jiných místních úřadů). Rozpočet na služby dlouhodobé péče je stanovován každoročně a je globální. Obecně platí, že místní úřady nemohou stanovit ceny za služby dlouhodobé péče, ačkoliv existují výjimky. [35]

Všechny formy služeb dlouhodobé péče jsou k dispozici zdarma, včetně domů s pečovatelskou službou, osobní domácí péčí a praktickou pomocí. Osobní pomoc

v domácnosti a praktická pomoc musí být poskytnuta jednotlivcům, kteří potřebují péči buď ve vlastním domě, v pečovatelských domech, nebo ve speciálních obydlích pro seniory. Od roku 2002 jsou lidé oprávněni zvolit si veřejného nebo soukromého poskytovatele praktických služeb a od roku 2003 také mohou volit mezi poskytovateli osobní péče. [22]

V souladu s národními právními předpisy obec rozhoduje o obsahu a rozsahu poskytovaných služeb a je zodpovědná za to, že jedinec obdrží potřebnou péči. Jednou za rok obec vydává „standardy kvality“. Tato norma je určena především pro občany a přináší informace o kvalitě péče, kterou lze očekávat v případě, že potřebují pomoc. Mimo jiné to znamená informace o personálních kompetencích a požadavky obcí na soukromé poskytovatele domácí péče. [18]

Trvalá pomoc v domácnosti je zdarma, zatímco dočasná pomoc v domácnosti musí být financována ze strany příjemců a klienti v domech s pečovatelskou službou musí platit nájemné v závislosti na svém příjmu. Tyto náklady zpravidla nejsou vysoké. Dlouhodobá péče jako součást sociální pomoci je financována z místních daní a blokových grantů od státu. [22]

Pomoc v domácnosti může být poskytnuta dočasně nebo trvale. Dočasná pomoc může být zahrnuta v ceně (zdarma je pouze pro osoby s nejnižšími příjmy), ale trvalá osobní i praktická pomoc je zdarma. [22]

Jedním z hlavních cílů sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením je zabezpečení, že tito lidé mohou hospodařit ve svých domovech. V případech, kdy se starší nebo zdravotně postižené osoby nemohou starat samy o sebe, mohou se přesunout do pečovatelských domů či azylových domů. Vhodnost péče je určena na základě vyhodnocení potřeb prostřednictvím místního úřadu. Způsobilé osoby mohou poté obdržet peněžitou dávku, aby si mohly najmout nezbytnou pomoc. Za účelem získání nároku na tuto dávku musí osoba splňovat určité podmínky. Služby ADL a IADL jsou k dispozici všem závislým osobám bez vlastních doplatků. [35]

Každá osoba, která legálně pobývá v Dánsku má nárok na pomoc v rámci CASS. Mají nárok na osobní péči a pomoc s praktickými úkoly, a to bez ohledu na věk, příjem nebo majetek. Neexistují žádné minimální požadavky k získání osobní a praktické pomoci. Po individuálním posouzení potřebné pomoci má být poskytnuta, a to i v případě, že doba potřebná pro pomoc je méně než dvě hodiny týdně. [22]

Cílem dánské péče o starší osoby je zvýšit kvalitu života starších občanů a jejich schopnost zvládat nezávislý život. Starším osobám, které potřebují osobní asistenci a péči, musí být nabídnuta pomoc. U starších pacientů s menším až středně velkým omezením si klade za cíl pomoci příjemcům zůstat aktivní. [18]

Na podporu tohoto cíle systém v současné době prochází procesem dále restrukturalizace se zvýšenou pozorností na preventivní zdravotní péči a rehabilitaci. Zvláštní úsilí je věnováno opětovnému vrácení se k původnímu životu, aby došlo k uvolnění prostředků na léčbu lidí s většími potřebami. [18]

Prevence a rehabilitace jsou významným cílem v dánské politice dlouhodobé péče. Místní úřady jsou od ledna 2015 ze zákona povinny posoudit, zda dotyčná osoba potřebuje pomoc, aby mohla těžit z rehabilitačního programu, tj. vzdělávacího programu zaměřeného na znovunabytí nezávislosti, funkčnosti nebo fyzické funkce. Program rehabilitace je nabízen starším občanům, kteří by mohli být schopni těžit z této iniciativy. [35]

Starším osobám, které potřebují osobní asistenci a péči, musí být nabídnuta pomoc. Způsobilost je založena na základě vyhodnocení potřeb, které je prováděno prostřednictvím místního úřadu. [22], [35]

Příspěvek na péči o umírající osobu

Příspěvek na péči o umírající osobu je určen lidem pečující o příbuznou osobu, která si přeje zemřít ve svém vlastním domě. Příspěvek na péči je vyplácen v případě, že stav pacienta ze zdravotních důvodů nevyžaduje nemocniční péči, hospitalizaci, přijetí do pečovatelského domova apod. Dále pacient musí souhlasit s ustanovením dlouhodobého pečovatelského vztahu. [10]

Zaměstnanec má nárok, aby mu zaměstnavatel v jeho nepřítomnosti na pracoviště vyplatil z důvodu péče o blízkou osobu 1,5 násobek nemocenské dávky, aby zaměstnanec nepřišel o výdělek. Výše daného příspěvku by neměla překročit předchozí příjem osoby. V případě, že o nemocného pečují dohromady více osob, bude částka zredukována na základě příslušného podílu péče, který jednotliví „pečovatelé“ poskytují. [10]

4.4. Shrnutí

V Dánsku se dlouhodobá péče řadí pod péči sociální a zodpovědnost za ni má místní rada. Důležitým zákonem je Konsolidační zákon o sociálních službách CASS (Consolidation Act on Social Services), kde jsou také upravena pravidla dlouhodobé péče. Dlouhodobá péče je poskytována prostřednictvím ústavních zařízení, sociálních domovů nebo pomoci v domácnosti.

Dánsko má velmi rozsáhlý a univerzální systém dlouhodobé péče, v němž všechny formy služeb dlouhodobé péče jsou k dispozici zdarma. V Dánsku je dlouhodobá péče financována pomocí veřejných zdrojů a poplatků od uživatelů.

5. Komparace vybraných zemí

V následující kapitole bude provedena komparace vybraných zemí (Česká republika, Rakousko a Dánsko) z hlediska právních aspektů dlouhodobé péče, poskytovatelů a financování dlouhodobé péče.

Jelikož je dlouhodobá péče stále aktuálnější téma zejména z důvodu stárnutí populace, v následující tabulce je uveden předpokládaný nárůst obyvatel zkoumaných zemí starších 60 let v letech 2015, 2030 a 2050.

Tabulka 12: Počet lidí starších 60 let v letech 2015 – 2050 v Dánsku, Rakousku a ČR (v tisících)

	2015	2030	2050
Dánsko	1 401	1 764	1 885
Česká republika	2 630	3 027	3 683
Rakousko	2 064	2 864	3 282

Zdroj: Vlastní zpracování dle [24], 2017

5.1. Právní aspekty dlouhodobé péče

Žádná ze sledovaných zemí nemá samostatný zákon, který se věnuje pouze problematice dlouhodobé péče. V České republice není pojem dlouhodobá péče vůbec upraven, zákon se zabývá pouze sociální a zdravotní částí, ale ne pojmem dlouhodobá péče jako celek. Ve zmíněných zákonech jsou charakterizovány pojmy či zařízení, která s dlouhodobou péčí úzce souvisejí. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách definuje jednotlivé skupiny dlouhodobé lůžkové zdravotní péče (akutní, dlouhodobá a následná). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje některé druhy služeb a zařízení, které jsou důležité v rámci poskytování dlouhodobé péče. Jedná se například o domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou apod. Dalšími právními předpisy v oblasti péče je vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, Zákoník práce a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

V Rakousku právní rámec pro poskytování sociálních služeb vymezuje článek 15a BVG, kde se spolkové země a federální stát společně dohodly na opatřeních určených pro osoby, které potřebují péči. Dále má Rakousko samostatný zákon, který

se zabývá příspěvkem na péči. Jedná se o Bundespflegegeldgesetz (Federální zákon o příspěvku na péči). Zákon se věnuje obecným ustanovením, jako je například účel příspěvku na péči, dále oprávněným osobám, výši příspěvku či jeho výplatě. Fondy na péči, které tvoří možnou formu financování dlouhodobé péče, upravuje Pflegefondsgesetz, BGVI. I Nr. 57/2011 (zákon o fondu na péči) a je spravován ministrem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele za spolupráce ministra financí.

V Dánsku dlouhodobá péče náleží pod systém sociální péče a odpovídá za ni místní rada. Pravidla, která se týkají dlouhodobé péče, jsou obsažena v Konsolidovaném zákoně o sociálních službách (CASS). CASS stanovuje základní rámec péče o starší osoby v Dánsku a jeho cílem je zejména poskytovat služby, které budou sloužit jako prevence, nabízet poradenství a uspokojovat potřeby lidí, jejichž duševní či fyzický stav není žádoucí.

5.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče se poskytuje jako formální či neformální péče. V České republice poskytují dlouhodobou péči blízké osoby a profesionální pracovníci v rámci zdravotního a sociálního systému. V současnosti dochází k preferenci péče v domácím prostředí namísto formální péče. ÚZIS ČR definuje typy zdravotnických zařízení, které slouží k poskytování ošetrovatelské následné péče. Jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, nemocnice následné péče, specializovaná zařízení poskytující lékařskou péči, gerontopsychiatrická oddělení apod. Dále lze dlouhodobou péči členit dle poskytovatele na domácí zdravotní péči a lůžkovou péči. Zřizovatelem zařízení zdravotní péče jsou nestátní (kraj, obec, fyzické a právnické osoby, církev) a státní (Ministerstvo zdravotnictví) organizace. V oblasti sociálních služeb náleží mezi poskytovatele Ministerstvo práce a sociálních věcí, nestátní neziskové organizace, fyzické osoby a také subjekty zřízené obcí či krajem. Mezi největší zřizovatele patří obce a kraje, jelikož více než 85 % pobytových sociálních zařízení je zakládáno prostřednictvím nich.

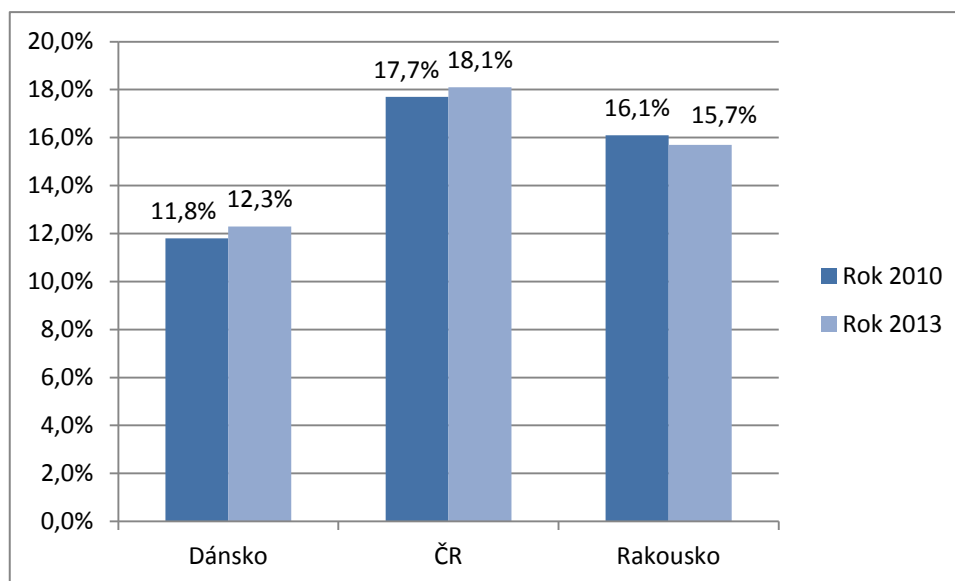
V Rakousku jsou sociální služby řešeny v jednotlivých spolkových zemích, jsou tedy decentralizované a široce dostupné. Poskytování sociálních služeb je v Rakousku charakterizováno velice roztržštěným systémem s různými formami poskytování a poskytovateli. Každá spolková země má jiný přístup k zajišťování a poskytování těchto služeb, a proto dochází v rámci spolkových zemí k velkým rozdílům

v poskytování sociálních služeb. Rakouský systém dlouhodobé péče lze členit na domácí služby, které jsou většinou poskytovány pomocí neziskových organizací, a ústavní péče, která je zajišťována prostřednictvím spolkových států a obcí, neziskovými a církevními organizacemi. V Rakousku převládá neformální péče nad formální, kde zhruba 80 % lidí preferuje pobyt ve vlastním prostředí a tedy neformální péči. Pro zajištění kvality neformální péče existují roční domovní prohlídky, které jsou prováděny profesionálními pečovateli na základě nařízení Ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele.

Dánský systém dlouhodobé péče je také poskytován na úrovni obcí, formou pobytu v ústavních zařízeních, speciálních domovech převážně se zdravotními sestrami, pomoci v domácnosti a dále formou neformální péče. Pomoc v domácnosti je poskytována prostřednictvím obcí a lidé mají možnost volby mezi soukromým a obecním poskytovatelem péče. Převážná většina dánských obyvatel potřebujících péči, dostane formální péči. K profesionálním pečovatelným, kteří jsou zaměstnáni v rámci obce, patří sociální a zdravotní asistenti, pracovníci, ošetřovatelé, zdravotní sestry apod. U neformální péče se většinou jedná o rodinné příslušníky, kteří se díky rozsáhlým službám formální péče zaměřují pouze na lehké až středně těžké případy závislosti. Pokud v Dánsku osoba přesáhne 75 let, má nárok na roční preventivní návštěvy za účelem zhodnocení jejích potřeb.

V Rakousku a České republice tedy převládá systém neformální péče nad formální, na rozdíl od Dánska, kde je tomu právě naopak. Dalším společným aspektem je fakt, že ve sledovaných zemích je poskytování služeb dlouhodobé péče decentralizováno a orientováno především na obce a kraje. Na následujícím obrázku je zobrazen procentní podíl neformálních pečovatelných, kteří jsou starší 50 let, ve vybraných zemích.

Obrázek 7: Podíl neformálních pečovatелů starších 50 let v letech 2010 a 2013

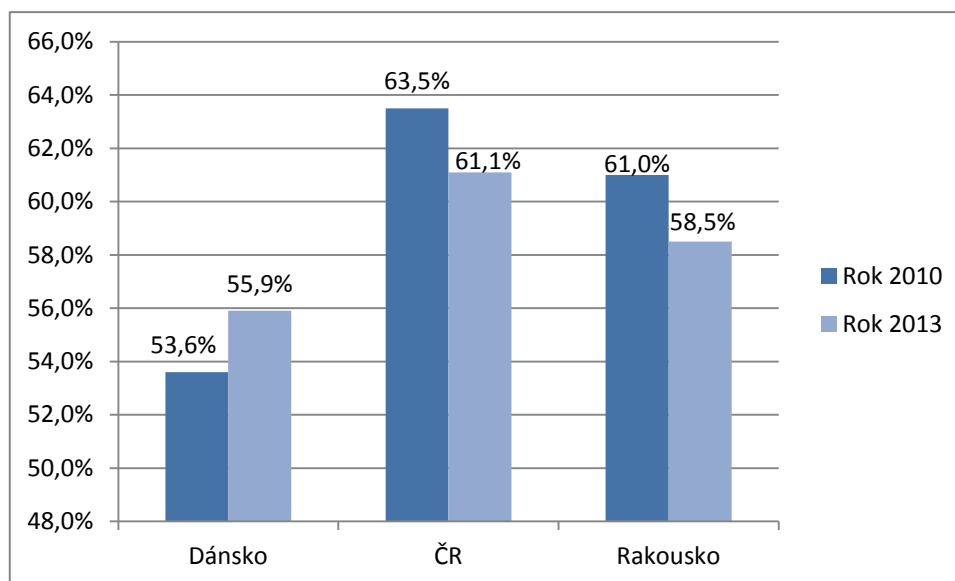


Zdroj: Vlastní zpracování dle [15], [16], 2017

Jak je možno vidět, v České republice je zhruba 18 % lidí, kteří pracují jako neformální pečovatelé. V Rakousku je těchto lidí kolem 16 %, to znamená, že se nachází lehce nad průměrem zemí OECD (15 %). V Dánsku se nachází pouze 12 % neformálních pečovatелů, což je zapříčiněno preferencí spíše institucionální péče.

Na obrázku č. 8 je zobrazen podíl žen v rámci neformální péče a lze sledovat, že v Rakousku a ČR ženy mají v oblasti neformální péče vyšší podíl než muži. Dále je možno vidět v letech 2010 – 2013 klesající trend této kategorie, kdy se postupně začíná poměr mužů a žen vyrovnávat. V Dánsku je situace vyrovnanější, ale v roce 2013 vzrostl podíl žen na 55,9 %.

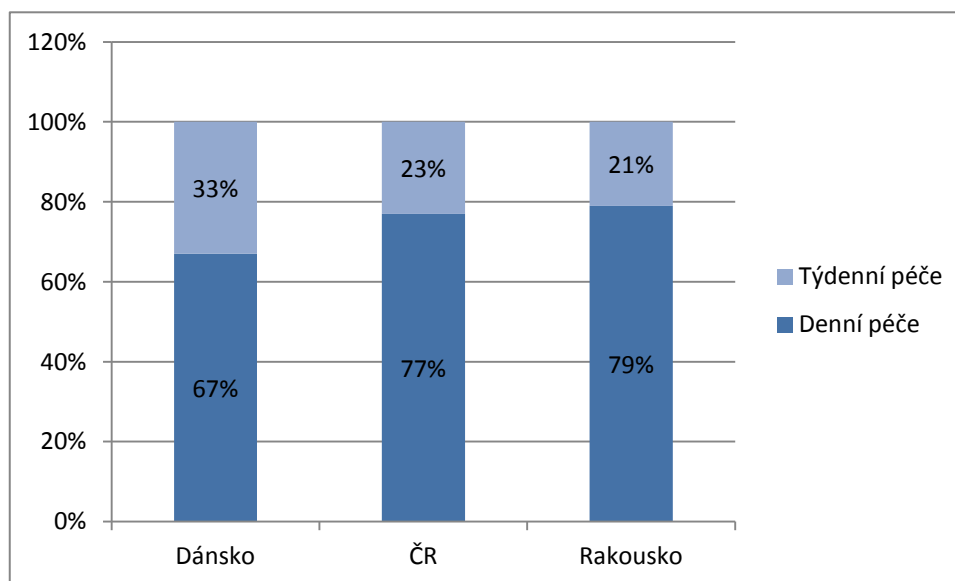
Obrázek 8: Podíl žen starších 50 let v rámci neformální péče v letech 2010 a 2013



Zdroj: Vlastní zpracování dle [15], [16], 2017

Na obrázku č. 9 je zobrazena frekvence poskytování neformální péče v roce 2013. V České republice a Rakousku je přibližně stejné rozložení denní péče (77 % a 79 %) a týdenní péče (23 % a 21 %). V Dánsku je podíl denní péče mnohem nižší než v ČR a Rakousku, za což je zodpovědný zejména fakt, že větší podíl služeb dlouhodobé péče je poskytován placenými pracovníky.

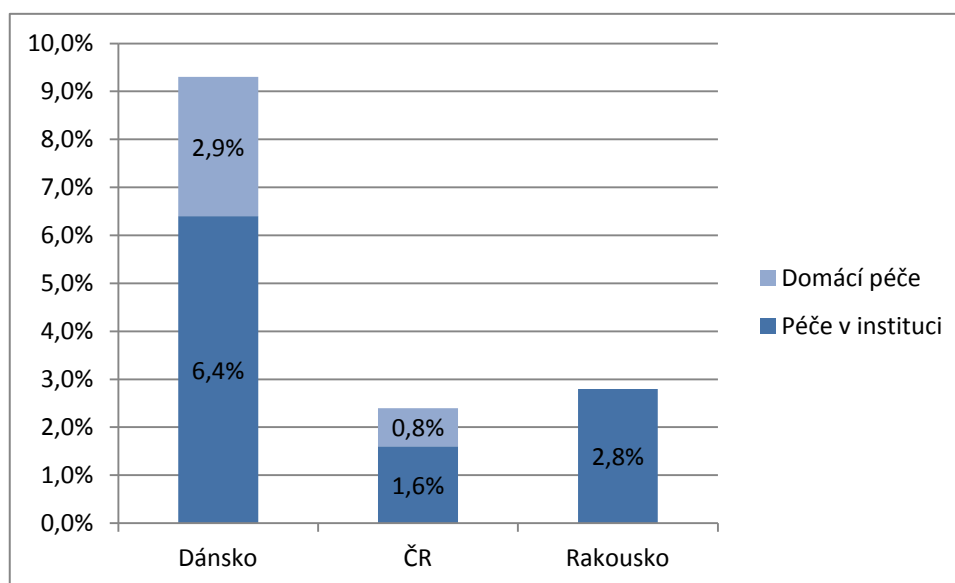
Obrázek 9: Frekvence poskytování neformální péče v roce 2013



Zdroj: Vlastní zpracování dle [16], 2017

Formální pracovníci dlouhodobé péče jsou definováni jako placení pracovníci, kteří poskytují péči závislým lidem v každodenních činnostech doma nebo v instituci. Formální péče je obvykle doplněna neformální péčí. Vzhledem k počtu obyvatel ve věku 65 let a více mělo Dánsko v roce 2011 v rámci zkoumaných zemí nejvyšší množství pracovníků v institucích (6,4 % populace) a 2,9 % pracovalo v domácí péči (viz obrázek č. 10). V Rakousku tvořili 2,8 % populace pracovníci v institucích a v ČR se v tomto roce nacházelo 1,6 % z populace pracujících v institucích a 0,8 % v domácí péči. [15]

Obrázek 10: Podíl pracovníků dlouhodobé péče v rámci populace starší 65 let a více



Zdroj: Vlastní zpracování dle [15], 2017

5.3. Financování dlouhodobé péče

Ve všech sledovaných zemích funguje financování zejména na základě státního rozpočtu. V ČR se podílí na financování dlouhodobé péči více složek, než je tomu v Rakousku či Dánsku. V České republice je vícezdrojové financování dlouhodobé péče. K hlavním zdrojům financování patří stát (Ministerstvo práce a sociálních věcí), kraj a obce, Evropská unie a soukromé zdroje. Dotace z těchto zdrojů plynou k registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. Dále Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje dle posouzení lékaře příspěvek na péči, za který si osoba může najmout potřebnou péči.

V Dánsku je dlouhodobá péče financována přes blokové granty a vládní úhrady, které jsou prostřednictvím lokálních autorit (kraje a obce) přerozdělovány a přidělovány závislým osobám, pečovatelům či soukromým a veřejným poskytovatelům dlouhodobé péče. V Rakousku funguje systém financování dlouhodobé péče na základě financování ze státního rozpočtu a z lokálních daní a všeobecných daní. Od Ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele plynou závislým osobám finanční dávky a pečujícím osobám příspěvky či asistenční služby. Spolkové země poskytují hmotné dávky a sociální asistenci osobám, které potřebují péči.

Hlavní zdroje financování

- ČR:
 - finanční dávky (příspěvek na péči, sociální dávky),
 - soukromé zdroje financování,
 - dotace z veřejných rozpočtů (EU, obce, kraje, stát).
- Rakousko:
 - federální rozpočet,
 - spolufinancování od uživatelů,
 - sociální asistence,
 - fondy na péči.
- Dánsko:
 - veřejné zdroje,
 - poplatky od uživatelů. [28]

V Dánsku je z velké části dlouhodobá péče financována z veřejných zdrojů a pouze 10 % od uživatelů dlouhodobé péče. V oblasti veřejných výdajů náleží k podstatným zdrojům lokální daně a blokové granty od centrální vlády. Veškeré formy služeb dlouhodobé péče jsou v rámci Dánska poskytovány zdarma osobám, které legálně pobývají na území Dánska bez ohledu na příjem, věk či majetek. Lidé si mohou zvolit soukromého či veřejného poskytovatele služeb (v Rakousku a ČR mají závislé osoby také možnost volby v rámci poskytovatele dlouhodobé péče). V Rakousku funguje systém dlouhodobé péče na základě dávek poskytovaných v hotovosti a ve věcné podobě. Lidé mají možnost hradit služby pomocí finančních příspěvků, věcných dávek nebo z vlastních zdrojů.

V České republice a Rakousku existuje **příspěvek na péči**, který má sloužit k zajištění vhodné péče a k uhrazení části nákladů spojených s jejím zabezpečením. Příspěvek nemá být však určen na úhradu celkových nákladů za péči. V Dánsku tento příspěvek není, jelikož služby dlouhodobé péče mají být poskytovány zdarma, ale osoby, které pečují o umírající osobu, mají nárok si zažádat o příspěvek na péči o umírající osobu.

V následující tabulce je zobrazena výše příspěvku na péči v Rakousku a ČR.

Tabulka 13: Výše příspěvku na péči v Rakousku a České republice

	Rakousko	Česká republika	
Stupeň závislosti		Osoby do 18 let	Osoby starší 18 let
1. stupeň	157,30 EUR	3 300 Kč	880 Kč
2. stupeň	290,00 EUR	6 600 Kč	4 400 Kč
3. stupeň	451,80 EUR	9 900 Kč	8 800 Kč
4. stupeň	677,60 EUR	13 200 Kč	13 200 Kč
5. stupeň	920,30 EUR	-	-
6. stupeň	1 285,20 EUR	-	-
7. stupeň	1 688,90 EUR	-	-

Zdroj: Vlastní zpracování dle [11], [41], 2017

Výše příspěvku na péči je v ČR závislá na stupni závislosti osoby a jejím věku. Rozlišují se čtyři stupně závislosti, které závisí na počtu nezvládnutých základních životních potřeb. Dále se lidé rozlišují na osoby do 18 let a starší 18 let, kde první skupina pobírá vyšší částku příspěvku. V Rakousku příspěvek na péči závisí na počtu hodin péče, které potřebuje závislá osoba za měsíc. Aby měla osoba nárok na tuto dávku, musí být u ní posouzena potřeba péče alespoň 65 hodin měsíčně. Výše příspěvku je rozčleněna do sedmi kategorií dle měsíční potřeby péče. V Rakousku je nejnižší příspěvek na péči 157,30 € (při kurzu 26,60 Kč/€ = 4 184,18 Kč) a nejvyšší 1 688,90 € (při kurzu 26,60 Kč/€ = 44 924,74 Kč) a v České republice se jedná o 880 Kč a 13 200 Kč. [43]

Srovnání příspěvku na péči v Rakousku a ČR v rámci minimální mzdy je zobrazeno v tabulce č. 14.

Tabulka 14: Procentuální podíl příspěvku na péči na minimální mzdě v Rakousku a České republice

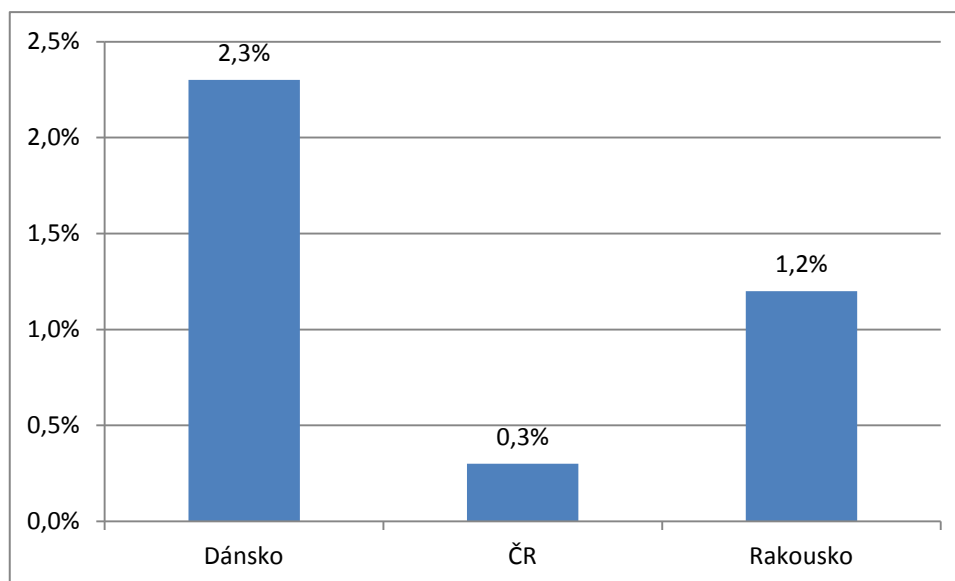
	Rakousko	Česká republika	
Stupeň závislosti		Osoby do 18 let	Osoby starší 18 let
1. stupeň	11,6 %	30 %	8 %
2. stupeň	21,3 %	60 %	40 %
3. stupeň	33,2 %	90 %	80 %
4. stupeň	49,8 %	120 %	120 %
5. stupeň	67,7 %	-	-
6. stupeň	94,5 %	-	-
7. stupeň	124 %	-	-

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017

Minimální mzda v Rakousku činí 8,50 €/hod. V případě 40 odpracovaných hodin za týden a 4 pracovní týdny v měsíci činí celková minimální měsíční mzda 1 360 €. Při kurzu 26,60 Kč/€ činí minimální mzda 36 176 Kč. V České republice je minimální mzda 11.000 Kč (66 Kč/hod). [40], [43], [45]

Z tohoto srovnání je patrné, že pokud se bere v úvahu minimální mzda jako měřítko, potom horní i spodní hranice příspěvku na péči je v Rakousku i ČR přibližně stejná. V případě osoby starší 18 let, která pobírá v ČR příspěvek na péči 1. stupně, tvoří tento příspěvek 8 % z minimální mzdy a v Rakousku činí 1. stupeň příspěvku na péči 11,6 % minimální mzdy. 7. stupeň příspěvku čítá 124 % z minimální mzdy a v ČR poslední stupeň příspěvku tvoří 120 % minimální mzdy. Dle tohoto porovnání je výše příspěvku na péči v obou zemích srovnatelná.

Obrázek 11: Veřejné výdaje na dlouhodobou péči jako podíl na HDP v roce 2013



Zdroj: Vlastní zpracování dle [16], 2017

Výdaje na dlouhodobou péči stoupají s ohledem na minulost ve většině zemí OECD a lze očekávat, že v příštích letech dále porostou v důsledku stárnutí populace a rostoucích zdravotních a sociálních potřeb péče. Významný podíl služeb dlouhodobé péče je financován z veřejných zdrojů a celkové veřejné výdaje činily v průměru v jednotlivých zemích OECD v roce 2013 1,7 % HDP (sociální a zdravotní složka). Na konci stupnice v rámci zemí OECD se nachází Česká republika (obrázek č. 11), jejíž výdaje tvoří pouze 0,3 % HDP. Tento výsledek z části odráží vývoj formálních systémů dlouhodobé péče. Naopak Dánsko patří k zemím, jejichž veřejné výdaje na dlouhodobou péči tvoří 2,3 % HDP a Rakousko se pohybuje 1,2 % HDP okolo průměru zemí OECD. [16]

6. Shrnutí

V České republice není dlouhodobá péče upravena samostatným zákonem, ale její aspekty jsou obsaženy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dále je v tomto ohledu důležitá Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou jsou prováděna některá ustanovení týkající se zákona o sociálních službách. V Dánsku je systém dlouhodobé péče definován prostřednictvím CASS – Konsolidovaného zákona o sociálních službách a v Rakousku se podstatnou částí dlouhodobé péče příspěvkem na péči zabývá Bundespflegegeldgesetz, článek 15a BVG, a zákon o фонdech Pflegefondsgesetz, BGVI. I Nr. 57/2011.

V oblasti poskytování péče se dlouhodobá péče člení na formální péči a neformální péči. V ČR a Rakousku tvoří větší část systém formální péče, kdežto v Dánsku převládá formální péče. V České republice je zřizovatelem zdravotní nestátní a státní organizace a v rámci sociálních služeb patří mezi poskytovatele MPSV, fyzické osoby, nestátní neziskové organizace a subjekty, které zřídil kraj či obec. K největším zřizovatelům náleží kraje a obce, které zřídily přes 85 % sociálních pobytových zařízení. V Dánsku a Rakousku je dlouhodobá péče poskytována na úrovni obcí a lidé mají ve všech vybraných zemích možnost volby poskytovatele péče (soukromého či veřejného). V Rakousku je poskytování služeb dlouhodobé péče z důvodu velkého počtu spolkových států velmi roztrženo a každá spolková země má jiný pohled na zabezpečení a poskytování těchto služeb. Proto jsou v rámci těchto zemí velké rozdíly na úrovni poskytování služeb. U neformální péče převládá počet žen, které pečují o závislé osoby. V Dánsku je tato situace o něco vyrovnanější a také podíl denní a týdenní péče je zde odlišný než v Rakousku a ČR, kde denní péče tvoří v Dánsku větší část než v dalších zemích. Je to zejména z důvodu, že větší množství služeb dlouhodobé péče je poskytováno prostřednictvím formální péče.

Na financování dlouhodobé péče se v ČR podílí více složek, než je tomu tak v Dánsku a Rakousku. Zdroje financování v České republice jsou stát (Ministerstvo práce a sociálních věcí), Evropská unie, kraj a obce a soukromé zdroje. V Dánsku je systém dlouhodobé péče financován prostřednictvím úhrad od centrální vlády a blokových grantů a v Rakousku je systém založen na financování ze všeobecných daní, lokálních daní a státního rozpočtu.

V Rakousku a ČR je zaveden příspěvek na péči, který je určen k úhradě části nákladů vzniklých v rámci zabezpečení péče o závislou osobu. V Rakousku je výše příspěvku závislá na počtu hodin péče závislé osoby, který musí být minimálně 65 hodin za měsíc a je rozdělen do sedmi stupňů. V ČR existují čtyři stupně závislosti, které jsou rozlišeny dle nezvládnutých základních životních potřeb a také dle věku osoby. Z porovnání příspěvku v České republice a Rakousku na základě minimální mzdy vyplývá, že výše příspěvku je v obou zemích přibližně stejná. V Dánsku není příspěvek na péči jako takový, ale osoby, které pečují o umírající osobu, mají nárok na příspěvek na péči o umírající osobu. To je zejména z důvodu, že v Dánsku jsou služby dlouhodobé péče poskytovány zdarma.

U příspěvku na péči by bylo vhodné v České republice uvažovat o rozlišení výše příspěvku na základě příjmu osoby či druhu nemoci nebo délky jejího trvání. Takto by příspěvek více odrážel finanční situaci závislé osoby. Jak již bylo zmíněno v podkapitole 2.2, v systému dlouhodobé péče chybí pečovatelská dovolená, která by mohla také sloužit jako vhodná motivace pro neformální pečovatele.

Závěr

Hlavním cílem této práce bylo analyzovat organizaci a financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích a následně zjištěné údaje komparovat. Dlouhodobá péče se skládá ze sociální a zdravotní péče, které jdou spolu ruku v ruce a neodmyslitelně k sobě patří. V teoretické části práce byl popsán pojem dlouhodobá péče, její poskytovatelé, druhy, financování a kvalita dlouhodobé péče.

Další část se zaměřuje na dlouhodobou péči v konkrétních zemích. Jedná se o Českou republiku, Rakousko a Dánsko. V oblasti dlouhodobé péče není v rámci legislativy v žádné ze zkoumaných zemí zákon zabývající se přímo touto problematikou. V České republice je systém zdravotní péče upraven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a systém sociální péče zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V Rakousku je podstatný článek 15a BVG, který se zabývá právním rámcem poskytování sociálních služeb. Dále se na příspěvek na péči zaměřuje Bundespflegegeldgesetz a fondy na péči jsou upraveny zákonem Pflegefondsgesetz. Pravidla dlouhodobé péče jsou určeny Konsolidačním zákonem o sociálních službách (Consolidation Act on Social Services).

V Rakousku a České republice je preferována neformální péče oproti formální péči. V Dánsku je tomu právě naopak, kdy většina lidí, kteří potřebují péči, dostanou formální péči. Dlouhodobá péče je poskytována ve všech zemích zejména na úrovni obcí a krajů. Dále například v Rakousku díky spolkovým zemím je systém dlouhodobé péče v rámci států velice roztržštěný, jelikož každá spolková země má jiný pohled na poskytování a zajišťování služeb dlouhodobé péče.

Financování funguje ve všech zkoumaných zemích zejména na úrovni státního rozpočtu. Hlavní zdroje financování v České republice jsou finanční dávky, mezi které náleží příspěvek na péči a další sociální dávky, dále soukromé zdroje a dotace z veřejných rozpočtů (z kraje, obce, státu či EU). Rakouský systém dlouhodobé péče je financován prostřednictvím federálního rozpočtu, sociálních asistencí, spolufinancování od uživatelů dlouhodobé péče a také fondů na péči. V Dánsku je dlouhodobá péče financována především z veřejných zdrojů a pouze malá část připadá na platby od uživatelů dlouhodobé péče. V rámci veřejných výdajů náleží k nejvýznamnějším zdrojům blokové granty od centrální vlády a lokální daně.

V České republice a Rakousku je významný příspěvek na péči, který slouží k uhrazení části nákladů spojených se zajištěním potřebné péče. V ČR se výše příspěvku odvíjí od stupně závislosti, jenž závisí na počtu nezvládnutých základních životních potřeb a dle věku osoby. V Rakousku je příspěvek určen dle počtu hodin, které osoba potřebuje na péči a podmínkou je potřeba péče minimální 65 hodin měsíčně. Výše příspěvku je rozdělena do sedmi kategorií a v ČR do čtyř. Tento příspěvek byl srovnán v rámci obou zemí v závislosti na minimální mzdě a vyplývá z něj, že dolní i horní hranice příspěvku na péči je v Rakousku i ČR přibližně stejná.

Závěrem je potřeba zmínit, že dlouhodobá péče je z hlediska financování a jeho udržitelnosti velice aktuální téma. Díky demografickým prognózám stárnutí obyvatelstva je potřeba se více zaměřit na problematiku dlouhodobé péče, jelikož se každým rokem zvyšuje počet lidí, kteří jsou dlouhodobě závislí na jiných osobách, což je samozřejmě následně náročné v oblasti veřejných výdajů.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozložení populace lidí starších 60 let v rámci světa dle regionů v letech 2010 – 2050 (v milionech)	15
Tabulka 2: Rozložení populace lidí starších 80 let v rámci světa dle regionů v letech 2010 – 2050 (v milionech)	15
Tabulka 3: Rozložení populace lidí starších 60 let v rámci světa dle příjmových skupin v letech 2010 – 2050 (v milionech)	16
Tabulka 4: Rozložení populace lidí starších 80 let v rámci světa dle příjmových skupin v letech 2010 – 2050 (v milionech)	16
Tabulka 5: Činnosti patřící do sociální a zdravotní dlouhodobé péče a činnosti vyloučené	21
Tabulka 6: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče	36
Tabulka 7: Rozdělení stupně závislosti osob mladších a starších 18 let dle počtu neovládnutých základních životních potřeb a výše příspěvku na péči	39
Tabulka 8: Výdaje na dlouhodobou péči v letech 2010 – 2014 (v mil. Kč)	41
Tabulka 9: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče v Rakousku	48
Tabulka 10: Výše příspěvku na péči dle stupně a měsíční potřeby péče	52
Tabulka 11: Benefity pro poskytovatele a příjemce dlouhodobé péče	57
Tabulka 12: Počet lidí starších 60 let v letech 2015 – 2050 v Dánsku, Rakousku a ČR (v tisících)	62
Tabulka 13: Výše příspěvku na péči v Rakousku a České republice	69
Tabulka 14: Procentuální podíl příspěvku na péči na minimální mzdě v Rakousku a České republice	70

Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma postupu práce	8
Obrázek 2: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v České republice	37
Obrázek 3: Vývoj finančních dávek v letech 2010 – 2014 (v mil. Kč).....	40
Obrázek 4: Mapa spolkových zemí Rakouska	43
Obrázek 5: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v Rakousku	49
Obrázek 6: Schéma organizace financování dlouhodobé péče v Dánsku	58
Obrázek 7: Podíl neformálních pečovatelů starších 50 let v letech 2010 a 2013.....	65
Obrázek 8: Podíl žen starších 50 let v rámci neformální péče v letech 2010 a 2013....	66
Obrázek 9: Frekvence poskytování neformální péče v roce 2013	66
Obrázek 10: Podíl pracovníků dlouhodobé péče v rámci populace starší 65 let a více	67
Obrázek 11: Veřejné výdaje na dlouhodobou péči jako podíl na HDP v roce 2013.....	71

Seznam použitých zkratek

ADL	Activities of Daily Living
AUD	australský dolar
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BVG	Bundesverfassungsgesetz
CASS	Consolidation Act on Social Services
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
LTC	Long-term Care
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PFG	Pflegefondsgesetz
PnP	příspěvek na péči
SHA	System of Health Accounts
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Seznam použité literatury

Knižní zdroje

- [1] ČELEDOVÁ, Libuše, ČVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [2] ČVELA, Rostislav, a kol. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [3] HAVRDOVÁ, Zuzana, a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. Vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. 207 s. ISBN: 978-80-87398-06-7.
- [4] HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [5] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [6] PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011. 60 s. ISBN 978-80-7416-097-4.
- [7] VÁLKOVÁ, Monika, a kol. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010. 77 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

Právní předpisy

- [8] Artikel 15a. B-VG. *Justline* [online]. [cit. 10.3.2017]. Dostupné z: https://www.jusline.at/15a._B-VG.html
- [9] Bundespflegegeldgesetz. *Justline* [online]. [cit. 10.3.2017]. Dostupné z: [https://www.jusline.at/Bundespflegegeldgesetz_\(BPGG\)_Langversion.html#](https://www.jusline.at/Bundespflegegeldgesetz_(BPGG)_Langversion.html#)
- [10] Consolidation Act on Social Services. *The Danish Ministry of Social Affairs and the Interior* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://english.sim.dk/media/14900/consolidation-act-on-social-services.pdf>
- [11] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- [12] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Seznam použitých internetových zdrojů

Elektronické publikace

[13] Colombo, F. et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011 [cit. 5.2.2017]. ISBN 978-92-64-09775-9. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

[14] OECD, Eurostat, WHO. *A System of Health Accounts* [online]. OECD Publishing, 2011 [cit. 25.1.2017]. ISBN 978-92-64-11601-6. Dostupné z: DOI 10.1787/9789264116016-en

[15] OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* [online]. OECD Publishing, 2013 [cit. 8.4.2017]. ISBN 978-92-64-20502-4. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

[16] OECD. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2015 [cit. 8.4.2017]. ISBN 978-92-64-24351-4. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

[17] OECD. *Long-Term Care for Older People* [online]. OECD Publishing, 2005 [cit. 25.1.2017]. ISBN 92-64-00848-9. Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en

[18] European Union. *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014 [cit. 5.2.2017]. ISBN 978-92-79-39282-5. Dostupné z: DOI 10.2767/32147

[19] European Union. *The 2015 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015 [cit. 5.2.2017]. ISBN 978-92-79-51682-5. Dostupné z: DOI 10.2767/050466

[20] Evropská komise. *Dlouhodobá péče v Evropské Unii* [online]. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2008 [cit. 13.2.2017]. ISBN 978-92-79-09575-7. Dostupné z: DOI 10.2767/32016

[21] RIEDEL, Monika, KRAUS, Markus. *The Long-term care system for the elderly in Austria* [online]. Vienna: Institute for Advanced Studies, 2010 [cit. 11.3.2017]. ISBN 978-94-6138-011-1. Dostupné z: <http://www.ancien->

longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf

[22] SCHULZ, Erika. *The long-term care system for the elderly in Denmark* [online]. DIW Berlin, 2010 [cit. 23.3.2017]. ISBN 978-94-6138-015-9. Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo.73DenmarkREV2.pdf

[23] Sozialministerium. *Österreichischer Pflegevorsorgebericht* [online]. Wien Druck: Sozialministerium, 2015 [cit. 17.3.2017]. ISBN 978-3-85010-459-3. Dostupné z: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=366>

[24] United Nations. *World Population Ageing 2015* [online]. United Nations: Population Division, 2015 [cit. 15.2.2017]. ISBN 978-92-1-057854-7. Dostupné z: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

[25] ÚZIS ČR. *Sit' zdravotnických zařízení 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 15.2.2017]. ISBN 978-80-7472-141-0. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/sitzz2013.pdf

[26] WUNDERLICH S., Gooloo, KOHLER O., Peter. *Improving the Quality of Long-Term Care* [online]. 2001 [cit. 25.1.2017]. ISBN 0-309-50380-9. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224500/pdf/Bookshelf_NBK224500.pdf

Internetové zdroje

[27] Allgemeines zum Pflegegeld. *HELP.gv.at* [online]. [cit. 10.3.2017]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360511.html>

[28] Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby. *Deloitte Advisory s.r.o.* [online]. [cit. 6.3.2017]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/file/home/download/1215?key=2fd7643342>

[29] Anspruchsvoraussetzungen. *Sozialministerium* [online]. [cit. 17.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Soziales_und_KonsumentInnen/Sozialhilfe_Mindestsicherung/Voraussetzungen/

- [30] BAREŠ, Pavel, a kol. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče* [online]. [cit. 28.2.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analýza_kapacit_a_site_poskytovatelů_dlouho_dobe_pece.pdf
- [31] Česká republika. *Evropská unie* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: http://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/czechrepublic_cs
- [32] Česká republika. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje>
- [33] Český statistický úřad. *Metodická příloha* [online]. [cit. 8.2.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/34972594/26000516k9.pdf/4c5c6eb9-e6fe-4f84-b934-58183adc3058?version=1.0>
- [34] Dánsko - země s vysokou životní úrovní. *Skandinavie.info* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://www.skandinavie.info/dansko/>
- [35] Denmark Health Care & Long-Term Care Systems. *European Commission* [online]. [cit. 23.3.2017]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_dk_en_2.pdf
- [36] Denmark Long-term Care. *OECD* [online]. [cit. 26.3.2017]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/denmark/47877588.pdf>
- [37] Experti: Česku chybí systém dlouhodobé péče o seniory, populace přitom stárne. *Česká televize* [online]. [cit. 6.3.2017]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1656034-experti-cesku-chybi-system-dlouhodobě-pece-o-seniory-populace-pritom-starne>
- [38] Formální dlouhodobá péče. *Portál inovací v sociální péči* [online]. [cit. 18.2.2017]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/formalni-dlouhodobá-pece/>
- [39] Global Health and Aging. *World Health Organization* [online]. [cit. 17.2.2017]. Dostupné z: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- [40] Informace o minimální mzdě od 1. ledna 2017. *Mpsv.cz* [online]. [cit. 4.4.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/28272/Informace_o_MMe_od_1_ledna_2017_na_web_MPSV.pdf

- [41] Information über das Bundespflegegeld. *Versicherungsanstalt für Eisenbahnen & Bergbau* [online]. [cit. 19.3.2017]. Dostupné z: <http://www.vaeb.at/cdscontent/load?contentid=10008.592644&version=1453999242>
- [42] Karta neformální péče. *Podpora procesu* [online]. [cit. 8.2.2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/19670>
- [43] Kurz Eura, Euro EUR, aktuální kurzy koruny a měn. *Kurzy.cz* [online]. [cit. 9.4.2017]. Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/kurzy-men/nejlepsi-kurzy/EUR-euro/>
- [44] Leitbild der Pensionsversicherungsanstalt. *Pensionsversicherung* [online]. [cit. 17.3.2017]. Dostupné z: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707617&portal:componentId=gtn495ed8b4-61d0-429d-8731-8dc5c1c8e023&viewmode=content>
- [45] Mindestlohn 2017 in Österreich – Gehalt & Branchen. *Förder.portal* [online]. [cit. 4.4.2017]. Dostupné z: <http://www.foerderportal.at/mindestlohn/>
- [46] Neformální dlouhodobá péče. *Portál inovací v sociální péči* [online]. [cit. 18.2.2017]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/neformalni-dlouhodob-pece/>
- [47] Neformální péče. Popelka v české sociální politice? *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 10.2.2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/19670>
- [48] Neformální péče v ČR. *HaSIM* [online]. [cit. 10.2.2017]. Dostupné z: <http://www.hasim.cz/content/neformalni-pece-v-cr>
- [49] Pensions, health and long-term care. *Asisp* [online]. [cit. 25.3.2017]. Dostupné z: ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12959&langId=en
- [50] Pflegefonds. *Sozialministerium*. [online]. [cit. 12.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegefonds/Pflegefonds
- [51] Pflegegeld in Österreich 2017 – Höhe & Pflegebedürftigkeit. *Finanzer.at* [online]. [cit. 19.3.2017]. Dostupné z: <http://www.finanzer.at/pflegegeld-in-oesterreich-hoehe-pflegebeduerftigkeit/>

- [52] Pflegegeld. *Sozialministerium* [online]. [cit. 17.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/1/8/CH3434/CMS1451986636107/pflegegeld_leicht-lesen.pdf
- [53] Praxe v České republice. *Portál inovací v sociální péči* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/praxe-v-ceske-republice/>
- [54] Problematika exportu dávek dlouhodobé péče mezi ČR a SR. *Mzdová praxe* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d41073v51801-problematika-exportu-davek-dlouhodob-pece-mezi-cr-a-sr/>
- [55] Příspěvek na mobilitu. *Integrovaný portál MPSV* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>
- [56] Příspěvek na mobilitu. *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/224/229/16638.html>
- [57] Příspěvek na péči 2016: Kdo může žádat a kolik dostane. *Peníze.cz* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/socialni-davky/310421-prispevek-na-peci-2016-kdo-muze-zadat-a-kolik-dostane>
- [58] Příspěvek na péči 2017. *Skrblik.cz* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <http://www.skrblik.cz/rodina/dane-a-statni-podpora/prispevek-na-peci/>
- [59] Příspěvek na zvláštní pomůcku. *Integrovaný portál MPSV* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>
- [60] Rakouské spolkové země. *Ingema.net* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://www.ingema.net/in2001/clanek.php?id=763>
- [61] Rakousko. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 15.3.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14440/2_Rakousko.pdf
- [62] Rückschau: Auftaktveranstaltung „Gut leben mit Demenz“ im Februar 2015. *Ministerium Frauen Gesundheit* [online]. [cit. 12.3.2017]. Dostupné z: http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Rueckschau_Auftaktveranstaltung_Gut_leben_mit_Demenz_im_Februar_2015
- [63] Soziale Dienste. *Sozialministerium* [online]. [cit. 19.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Soziale_Dienste/

- [64] Sozialhilfe/Mindestsicherung. *Sozialministerium* [online]. [cit. 17.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Soziales_und_KonsumentInnen/Sozialhilfe_Mindestsicherung/Sozialhilfe_Mindestsicherung
- [65] Voraussetzungen für das Pflegegeld. *HELP.gv.at* [online]. [cit. 19.3.2017]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html>
- [66] Všeobecné informace. *Poznani-rakouska.wz* [online]. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://poznani-rakouska.wz.cz/vseob.html>
- [67] Výdaje na dlouhodobou péči se zvýšily. *Statistika&My* [online]. [cit. 7.3.2017]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/06/vydaje-na-dlouhodobou-peci-se-zvysily/>
- [68] Základní informace o ÚZIS ČR. *ÚZIS ČR* [online]. [cit. 18.2.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas>
- [69] 24-Stunden-Betreuung. *Sozialministerium* [online]. [cit. 19.3.2017]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/

Abstrakt

BEHENSKÁ, Michaela. *Ekonomické a finanční aspekty dlouhodobé péče*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 85 s., 2017

Klíčová slova: dlouhodobá péče, financování, poskytovatelé, legislativa

Cílem práce bylo charakterizovat pojem dlouhodobá péče a její základní aspekty, analyzovat organizaci a financování dlouhodobé péče v konkrétních zemích a provést komparaci v rámci těchto zemí. V teoretické části je nejprve představen pojem dlouhodobá péče, demografická situace spojená s dlouhodobou péčí, druhy a poskytovatelé dlouhodobé péče. Další dvě podkapitoly se věnují financování a kvalitě dlouhodobé péče. V praktické části práce je provedena analýza systému a financování dlouhodobé péče v České republice, Rakousku a Dánsku a následně i komparace získaných údajů v oblasti dlouhodobé péče. Poslední část tvoří shrnutí zjištěných poznatků.

Abstract

BEHENSKÁ, Michaela. *Economical and financial aspects of long-term care*. Diploma thesis. Pilsen: Faculty of Economics, University of West bohemia, 85 p., 2017

Keywords: Long-term care, financing, providers, legislation

A purpose of this text was to characterize long-term care and its basic aspects, analyze its organization and financing in specific countries and to compare them. Theoretical part introduces long-term care, its demographical situation, types and providers. The following two subheads are dedicated to financing and quality of the long-term care. Practical part analyzes system and financing of the long-term care in the Czech Republic, Austria and Denmark and then compares obtained data. The last part is a summary of findings.